WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK II PAŹDZIERNIK 1928 ZESZYT X

ROK II WARSZAWA 1928 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DOC. DR. W. H. MELANOWSKI

Ważniejsze dla praktyka choroby spojówki.

Krótkie dane anatomiczne i fizjologiczne. Wewnętrzna strona powiek i przedni odcinek gałki ocznej jest pokryty błoną śluzową— spojówką, która czynnością swą umożliwia zachowanie przejrzystości rogówki. Zresztą, i nabłonek rogówki słusznie uważany jest za spojówkę. Spojówka zaczyna się od środka krawędzi rzęsowej t.j. od linji ujścia gruczołów Meiboma. Do tarczki powiekowej spojówka przylega bezpośrednio i jest tu cienka, gładka i przejrzysta — poprzez nią przeświecają tu pionowe do krawędzi żółtawe pasemka — to gruczoły Meiboma. Od górnego brzegu tarczek powiekowych spojówka jest luźna, sfałdowana i tworzy tzw. ciałko brodawkowate czyli załamek, w górze dochodzący do 13 mm. głębokości, pod powieką dolną do 1 mm. Po stronie wewnętrznej spojówka worzy prawie pionowy fałd półksiężycowaty (*plica semilunaris*), odpowiadający trzeciej powiece, spotykanej u zwierząt np. u gryzoni.

W stosunku do budowy spojówka dzieli się na a) spojówkę tarczkową, b) spojówkę załamka, c) spojówkę gałkową i d) spojówkę fałdu połksiężycowatego. Spojówka tarczkowa, jakieśmy już mówili cienka i gładka, składa się z dwu lub trójwarstwowego nabłonka walcowatego z komórkami kubkowemi i z wysepkami komórek sześciennych. Po odwróceniu powieki górnej przedewszystkiem dostrzeżemy idący wdłuż wolnego brzegu powieki płytki rowek—tzw. *sulcus subtarsalis*—tu najczęściej się zatrzymuje zgarnięte z oka przez powiekę ciało obce. W nosowej części krawędzi powiekowej znajdują się w obu powiekach punkciki łzowe—*puncta lacrimalia* początki kanalików łzowych. U punkcików spojówka styka się bezpośrednio z śluzówką nosa, co nie jest bez znaczenia ze względu na możliwość przejścia schorzenia śluzówki nosa na spojówkę i odwrotnie. Bliżej krawędzi powiekowej nabłonek spojówki się łuszczy. Nad odskroniowym górnym brzegiem tarczki powieki gór-

nej i bliżej szpary powiekowej znajduje się powiekowa część gruczołu łzowego.

Załamek spojówek (*fornix*) dochodzi zwykle do górnej fałdy powieki. Po stronie odnosowej między spojówką załamka i spojówką powieki górnej znajduje się fałd półksiężycowaty i mięsko łzowe (*caruncula lacrimalis*). Spojówka załamka jest grubsza i ułożona luźno - przy otwartem oku układa się w fałdy. Fałdy te pozwalają na niezależne ruchy powiek i gałki. Luźność tkanek podściółki objaśnia wielką łatwość zgromadzania się nacieków i wybroczyn w tej okolicy. Do podstawy załamka dochodzą pasemka łącznotkankowe idące od pochewek mięśni prostych oka do krawędzi oczodołu— są to tzw. *retinacula Charpy* (1912) wskazał na obecność w tych pasemkach pewnej ilości włókienek mięsnych — obecność ta wyjaśnia zagłębianie się załamków przy ruchach gałki ocznej. Budowa drobnowidowa spojówki załamka podobna jest do spojówki tarczki tylko—tu jest dość znaczna ilość komórek kubkowych. Prócz tego znajduje się tu dobrze rozwinięta tkanka łączna podspojówkowa, która tuż pod nabłonkiem jest cienką błonką adenoidalną, a w warstwie głębszej wykazuje budowę grubą włóknistą i dużą ilość włókien sprężystych. W tkance adenoidalnej załamka zwykle spotyka się skupienia białych ciałek; typowe *noduli lymphatici conjunctivales*, nazywane przez *Henlego* (1853) gruczołami jagliczemi. Ponad górnym brzegiem tarczki w warstwie właściwej spojówki załamka znajdziemy w powiece górnej 30, a w powiece dolnej 6—10 drobnych gruczołów o typowej budowie gruczołów łzowych to tzw. dodatkowe gruczoły łzowe *Krausego* (1854) w górnym brzegu tarczki i tuż ponad górnym brzegiem znajduje się jeszcze 2—5 gruczołków gronkowo-cewkowych (*acino-tubulares*) nieco większych od gruczołów *Krausego* — to też dodatkowe gruczoły łzowe, opisane przez *Wolfrynga* (1872). Wreszcie szereg autorów, jak *Stieda, Waldeyer, Krause, Sattler, Terson i Dubreuil* (1908) zwrócili uwagę na zagłębienia w śluzówce, które niektórzy autorowie np. *Reich* (1875) uważają za gruczoły śluzowe spojówki. Najważniejsze gruczoły spojówki to gruczoły łzowe główne. Gruczoł ma wielkość ziarna grochu szablistego, składa się z dwuch płatów — oczodołowego — przylegającego do ściany oczodołu w kącie skroniowym górnym, i powiekowego; płat powiekowy gruczołu od tyłu połączony z resztą gruczołu opiera się o spojówkę w górnej i zewnętrznej części załamka i łatwo jest widoczny w zewnętrznej części szpary powiekowej przy odciąganiu w górę górnej powieki.

Gruczoł łzowy składa się z szeregu zrazików, a zraziki powstają z oddzielnych gronek (*acini*). Od gronek idą kanaliki, które, łącząc się, tworzą przewody gruczołu. Ogólna ilość przewodów gruczołu wynosi 22, przytem około 3 5 przewodów ma część oczodołowa gruczołu, reszta należy do części powiekowej. Niektóre przewody są, zresztą, wspólne. Przewody te otwierają się oddzielnie w zewnętrznej części górnego załamka na 4—5 mm. ponad górnym brzegiem tarczki. Najszerszy przewód otwiera się poza więzadłem powiekowem bocznem. Czasem przewodziki powiekowej części gruczołu mogą się otwierać w zewnętrznej części załamka dolnego.

Według *Schirmera* (1904) łzy zawierają wody 99.08, nabłonka 0.14, białka 0.08, śluzu i tłuszczu 0.3, soli 0.42. Ilość dobowa łez przeciętnie wynosi 6.4 gr.

Wydzielanie łez odbywa się stale i łzy cienką warstewką zwilżają stale przednią powierzchnię gałki ocznej— zmywając ją, w czem pomagają im ruchy mrugawkowe powiek (około 5 mrugnięć na min.).

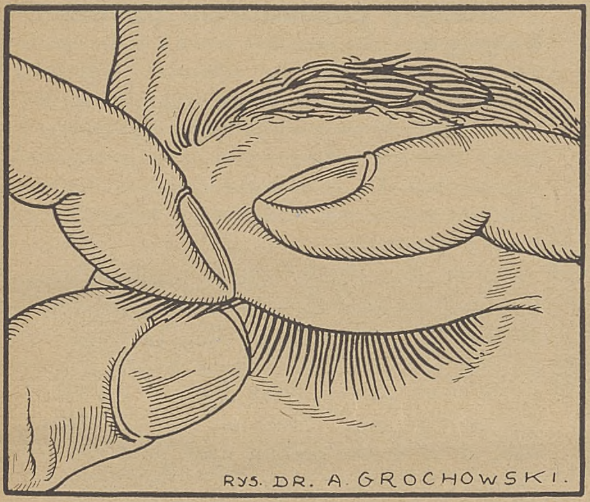
Łzy i wydzielina spojówki prawidłowa są konieczne do utrzymania w stanie prawidłowym rogówki, której nabłonek jak m. in. zaznacza *Charlton* (1923) potrzebuje do życia białka, zawartego w prawidłowej wydzielinie spojówki. Przelewaniu się łez przez krawędzie powiek, czyli łzawieniu, połączonemu zwykle z zaczerwienieniem, a nieraz i zadrażnieniem skóry powiek zapobiega tłusta wydzielina gruczołów *Meiboma*. Zresztą kulki tłuszczu z tej wydzieliny znajdziemy też w prawdziwej zawartości worka spojówki.

Podczas snu zamknięcie szpary powiekowej, uszczelnione wydzieliną — mazistą gruczołów *Meiboma* chroni powierzchnię oka przed wysychaniem.

Z tego krótkiego rzutu na budowę i czynność spojówki łatwo zrozumieć znaczenie chorób spojówki dla sprawności oka.

By zbadać worek spojówkowy uciec się musimy do wynicowania czyli odwracania powiek. Do wynicowania spojówki powieki i załamka dolnego wystarczą pro-

ste odciągnięcie palcami. Odwrócenie powieki górnej jest nieco trudniejsze. W tym celu (patrz rys. 1 i 2) wskazicielem i paluchem prawej ręki ujmujemy brzeg górnej powieki u krawędzi rzęsowej i powiekę odciągamy w dół, następnie podsuwamy wskaziciel lewej ręki pod powiekę od góry i ponad nim odwracamy powiekę. Zamiast palca nieco łatwiej odwrócić powiekę na pałeczce szklanej, lub zapałce. Wówczas będziemy mogli jeszcze wynicować załamek.



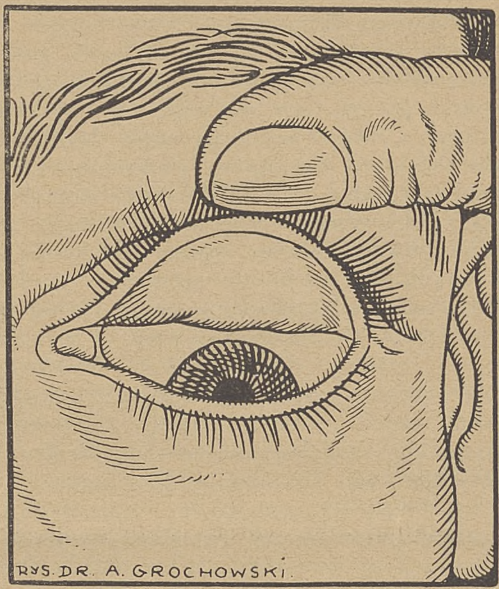
Rys. 1.
Odwracanie powieki (pierwszy etap)

Do dokładniejszego, jednak, wynicowania załamka potrzebny być może specjalny przyrząd-odwracacz *Michaila*, lub *Zacherla*—płytka o wyglądzie haczyka. Z przyrządu korzystamy w sposób następujący: lewą ręką pociągamy w dół powiekę górną za brzeg rzęsowy, a jednocześnie płytką odwracacza trzymanego w prawej ręce przykładamy do powieki, tak, by brzeg płytki oparł się ponad górnym brzegiem tarczki; wówczas ponad płytką odwracamy powiekę i odwracając wraz z tarczką powieki cały przyrząd na 180° w górę z łatwością wynicowujemy cały załamek górny. (Patrz opis i rysunek przyrządu: „*Klinika oczna*" 1926, str. 5).

Do zbadania spojówki gałkowej wystarcza odsunięcie powiek w górę lub w dół. Jednak, w przypadku światłowstrętu nieraz konieczne jest rozwarcie powiek zapomocą specjalnych płaskich haczyków t. zw. rozwórek *Desmarresa*. Podobną rozwórkę możemy zresztą zaimprowizować z zwyczajnej drucianej szpilki do włosów (patrz rysunek 3).

Rozpatrzymy kolejno ważniejsze choroby spojówki.

Choroby spojówki. Dzielimy je, przedewszystkiem na cierpienia zapalne, niezapalne i urazy.



Rys. 2.
Odwracanie powieki (drugi etap)

Zapalenia spojówki mogą mieć charakter ostry, podostry i przewlekły.

Ostre zapalenie spojówek może mieć charakter nieżytowy, a więc przejawiać się wydzieliną śluzową, albo też może być zapaleniem ropnem.



Rys. 3.
Szpilka od włosów zagięta zamiast rozworki Desmarresa.

Ostre zapalenie nieżytowe spojówek (*conjunctivitis catarrhalis acuta)* wywołać mogą różne czynniki a) me-

chaniczne i chemiczne — jak ciała obce, włoski gąsienic, pyłek kwiatowy, n. p. pierwiosnka (primula), zasady, kwasy, chryzarobina, kalomel, atropina promienie pozafiołkowe (światłowstręt śnieżny i t. p.) i b) różne drobnoustroje jak prątki Kocha-Weeksa, pneumokoki, gronkowce, prątki grypy, zarazki odry i t. p.

Zapalenie nieżytowe ostre wyraża się przedewszystkiem zaczerwienieniem oka, więcej wydatnem na spojówkach powiek, załamków i na spojówce gałki, bliżej równika; prócz tego zjawia się wydzielina śluzowa, która w ciągu nocy doprowadza do sklejania się szpary powiekowej i rano na krawędzi powiek widać zasychające kawałki śluzu, często zlepiające rzęsy u podstawy. Nader ważne jest w każdym przypadku odróżnić zapalenie spojówek od zapalenia tęczówki; poznamy je po przekrwieniu okołorogowkowem, i po skłonności źrenicy do zwężenia. Wkroplenie atropiny pozwoli nam w tych przypadkach często dostrzec osady brunatne na przedniej torebce soczewki. Prócz tego w zapaleniu tęczówki będą jeszcze bóle oka, szczególnie wydatne wieczorem i zamglenie wzroku. Prócz tego zamiast wydzieliny będziemy tu mieli raczej łzawienie.

W zapaleniu nieżytowem spojówek, obok wydzieliny śluzowej, napotkamy pewne rozpulchnienie i aksamitowatość spojówki, a czasem i drobne wybroczynki. Chorzy skarzą się zwykle na pieczenie, swędzenie oczu. Upośledzenie wzroku jest czysto mechaniczne, spowodowane pokryciem spojówki śluzem. Mrugnięcie jedno wystarczy nieraz by wzrok się poprawił.

Cięższy typ zapalenia nieżytowego spojówek spowodowany jest prątkiem Kocha Weeksa, drobnym, niebarwiącym się według Grama, nieco dłuższym od prątka grypy. Obok typowych objawów zapalenia spojówek, które zjawiają się na 3—4 dzień po zakażeniu uwydatniają się w wydzielinie drobne szare kłaczki, w spojówce widać często wybroczynki — zawsze prawie w następstwie ulega schorzeniu drugie oko. Często obrzękają i krawędzie powiek czasem występuje obrzęk i niewielka bolesność gruczołu przyusznego. W niektórych przypadkach, szczególnie u osób starszych, po pewnym czasie trwania choroby spotkamy na brzegu rogówki półkolisty naciek i złuszczenie nabłonka (*ulcus corneae catarrhale marginale*).

Choroba trwa przeciętnie od 8 — 14 dni.

L e c z e n i e polega na przyżeganiu raz dziennie w ciągu dni kilku spojówki 2—3% lapisem z następnem przemywaniem rozczynem 1% soli kuchennej, na częstych przemywaniach oczu 1⁰/₀₀₀ rozczynem sublimatu, lub cjanku rtęci. Owrzodzenia rogówki leczymy 1% dioniną, atropiną, gorącemi okładami, rozczynem 3% colargolu i t. p. O c z u w n i e ż y t a c h n i e n a l e ż y z a w i ą z y w a ć!

Nieżyty pochodzenia pneumokokowego. U n o w o r o d k ó w w 8—10 dni po narodzeniu zdarzyć się może śluzoropotok często w związku z niedrożnością kanału nosowołzowego. Choroba dotyczy zwykle jednego oka i po przestrzyknięciu kanału nosowołzowego i leczeniu kilkudniowem 1% rozczynem lapisu następuje poprawa.

U d o r o s ł y c h nieżyt pneumokokowy bez niedrożności kanału nosowołzowego zaczyna się najczęściej od nieżyta nosa. Zapalenie spojówek połączone bywa z obrzękiem krawędzi powiekowej i wydzieliną śluzowo ropną. Zaczyna się od jednego oka, a w kilka godzin następuje już schorzenie drugiego oka. Owrzodzenie rogówki zdarza się rzadko. Choroba ma przebieg łagodny i po kilku dniach leczenia przemywaniami rozczynem sublimatu (1⁰/₀₀₀) i kroplami np. cynkowemi 0,05% — następuje wyleczenie.

Ciężki przebieg ma natomiast z a p a l e n i e spojówki p n e u m o k o k o w e szczególnie u starców p r z y n i e d r o ż n o ś c i k a n a ł u n o s o w o ł z o w e g o. Tu, aczkolwiek objawy ze strony spojówki są nieco mniej ostre — natomiast często w związku z najmniejszymu razem rogówki następuje uporczywe owrzodzenie rogówki—po kilku dniach w komórce przedniej zjawia się ropa (*hypopyon keratitis*) i owrzodzenie kończy się często przebiciem rogówki i ślepotą.

Leczenie trudne— czasem pomaga optochina 1% w kroplach, przyżeganie wrzodu żegadłem, okłady gorące, czasem leczenie operacyjne— pokrycie wrzodu płatem płatem spojówki według *Kuhnta* i t. p.

Ostre ropne rzeżączkowe zapalenie spojówek (*gonnorrhoea conjunctivae*) zdarza się u noworodków i u dorosłych.

R z e ż ą c z k o w e z a p a l e n i e s p o j ó w e k n o w o r o d k ó w jest następ-

stwem zakażenia się spojówek noworodka podczas porodu i występuje w 2 — 3 dni po urodzeniu. Zaczyna się choroba od obrzęku i zaczerwienienia powiek i sklejania się szpary powiekowej ropną, żółtą i wiązką wydzieliną. Po rozwarciu szpary powiekowej ropa wytryska często w znacznej ilości. Spojówka powiek i gałki obrzękła, rozpulchniona, łatwo krwawi — przytem dość szybko dojść może do owrzodzenia i przebicia rogówki. Bardzo ważne jest, by lekarz odrazu obejrzał dokładnie, czy niema owrzodzenia rogówki; owrzodzenie łatwo poznamy po zmatowieniu powierzchni. Rozwarcie szpary powiekowej, należy wykonywać ostrożnie rozwórką i w żadnym przypadku nie uciskać oka, gdyż bywały przypadki wyciśnięcia zawartości oka poprzez istniejące owrzodzenie rogówki przy nieostrożnych próbach rozwarcia szpary powiekowej. Najlepiej noworodka ułożyć tak, by badający między kolanami na ręczniku trzymał głowę, a matka tułów, ręce i nogi. W ten sposób lekarz uniknie podtrzymywania chorego rękami i będzie miał obie ręce wolne do wykonania zabiegów koniecznych. Zresztą, o ile noworodek jest w poduszce, to oględziny są zupełnie uproszczone. W przypadkach rzeżączki dobrze jest, żeby lekarz miał ochronne szkła muszlowe, gdyż w ten sposób uchroni się przed zakażeniem oczu własnych ropą, tryskającą z worka spojówki chorego. Zapalenie zaczynające się od jednego oka najczęściej przechodzi i na drugie, chociaż przy skrupulatnej czystości i ostrożności można nieraz uniknąć zarażenia drugiego oka. Po 2—3 dniach spojówki łuszczą się i krwawią, a rogówka łatwo ulega owrzodzeniu. Owrzodzenie łatwo prowadzi do przebicia, które łatwo poznamy po czarnym punkcie wypadłej tęczówki pośrodku szaro matowego miejsca owrzodzenia w rogówce. Rozległe owrzodzenie i przebicie rogówki z wypadnięciem tęczówki prowadzi do powstania garbiaka przedniego, jaskry wtórnej i ślepoty. Czasem przebicie rogówki zachodzi na niewielkiej przestrzeni pośrodku. Wówczas pewien czas soczewka przylega do rogówki i jako ślad tego przylegania na środku soczewki pozostaje biała plamka nawarstwienia włóknika — t. zw. *cataracta polaris ant. acquisita* zaćma biegunowa przednia nabyta. W przeciwieństwie do zaćmy biegunowej przedniej wrodzonej w zaćmie biegunowej nabytej w środku rogówki znajdziemy zawsze zmętnienie — ślad dawnego przebicia rogówki.

Do rozwarcia szpary powiekowej korzystamy zwykle z rozwórki haczykowatej *Desmarresa*, albo w braku jej zaginamy odpowiednio drucianą szpilkę od włosów. I tu, zakładając rozwórkę, musimy uniknąć zadrapania nią rogówki. (Patrz rys. 3).

Śluzoropotok rzeżączkowy noworodków jest cierpieniem ciężkiem i wiele przypadków ślepoty nieuleczalnej jest jego następstwem. To też w przypadkach, kiedy podejrzewamy rzeżączkę dróg rodnych matki powinniśmy natychmiast po urodzeniu zapuścić do obu worków spojówki noworodka 2% rozczyn lapisu. Sposób ten, wprowadzony w 1880 roku przez *Crede'go* wielu noworodkom uratował wzrok. Po tem wkropleniu czasem może być niewielki nieżyt polapisowy, nie jest on jednak nigdy niebezpieczny dla wzroku, gdy tymczasem zastosowanie profilaktyczne lapisu niejednego uratowało od ślepoty.

R o z p o z n a n i e śluzoropotoku rzeżączkowego opiera się na stwierdzeniu dwoinek rzeżączki w wydzielinie. W okresie czynnym, w pierwsze dni choroby większość dwoinek spotkamy luźno poza ciałkami ropnemi. W okresie ustępowania choroby znajdziemy dwoinki przeważnie w ciałkach ropnych. W każdymbądź razie leczenie prowadzimy do zupełnego zniknięcia dwoinek z wydzieliny.

L e c z e n i e rzeżączki spojówek od samego początku musi być energiczne. Na zasadzie własnego doświadczenia polecić możemy od samego początku zakraplanie na odwrócone powieki 10% lapisu z następczym przemywaniem 1% rozczynem Na Cl. Pozatem, dopóki jest wydzielina, zalecamy kilkakrotne obfite przemywania worka spojówkowego słabym rozczynem sublimatu lub cjanku rtęci (1 : 10.000). Zajęcie rogówki nie jest przeciwskazaniem do energicznego leczenia lapisem, owszem lapis raczej ratuje tu rogówkę, niż jej szkodzi.

Później, skoro ilość wydzieliny się zmniejszy i skoro dwoinki są już pochłaniane przez ciałka ropne (fagocytoza) — zakrapiamy już lapis 5%, potem 2%, a kiedy ilość wydzieliny jest niewielka to dajemy 1% lapis i przemywanie. W każdymbądź razie leczenie trwa parę tygodni, aż do zupełnego zniknięcia wydzieliny. W owrzodzeniu rogówki obok lapisu sto-

sujemy atropinę. Jeśli chorego otrzymujemy już ze zniszczoną rogówką i z rozległem wypadnięciem tęczówki, to niema już mowy o ratowaniu wzroku i nieraz wypadnie wyłuszczyć gałkę oczną ślepą i bolesną.

Śluzoropotok rzeżączkowy dorosłych przebiega ciężej, niż śluzoropotok noworodków. Wskutek silnego światłowstrętu chorzy tacy często zawiązują sobie oczy, co bezwzględnie należy uważać za szkodliwe. Pozatem objawy śluzoropotoku dorosłych są podobne i podobnie groźne dla rogówki.

Uważne rozpytanie i zbadanie chorego pozwoli nam zwykle ustalić, jako źródło choroby rzeżączkę cewki moczowej. Rzeżączkę spojówek, obok upławów z gonokokami (*vulvovaginitis gonorrhoica*) spotkać też możemy i u dziewczynek w wieku od 4—14 lat (i wyżej).

W razie schorzenia jednego oka konieczne jest zabezpieczenie oka zdrowego szkiełkiem za pomocą przylepca dokładnie przytwierdzonem. Choroba trwa zwykle 4 6 tygodni. Późne i niedostateczne leczenie prowadzi łatwo do utraty wzroku.

Leczenie podobne do leczenia śluzoropotoku noworodków.

Wyjątkowo u dorosłych spotkać możemy zapalenie spojówek i tęczówki rzeżączkowe przerzutowe, najczęściej z zapaleniem przerzutowem stawów. Wydzielina spojówki bywa wtedy w niewielkiej ilości i nie zawiera gonokoków. W tych przypadkach rokowanie jest dobre i leczenie przemywaniami, atropiną, gorącemi okładami i wstrzykiwaniami śródmięśniowemi mleka lub szczepionki przeciwrzeżączkowej doprowadza do wyzdrowienia.

Prócz śluzoropotoku rzeżączkowego u noworodków czasem zdarza się śluzoropotok wtrętowy (*conjonctivite à inclusions*). W tym śluzoropotoku, który występuje zwykle w 6—8 dni po urodzeniu i dotyczy zwykle jednego oka nie stwierdzamy zwykle ani dwoinek rzeżączki, ani innych drobnoustrojów — tylko w złuszczonych komórkach nabłonka, zabarwionych barwikiem Giemsy, znajdziemy wtręty — skupienia ziarnek, zabarwionych na ciemnoniebiesko i mających wygląd czapeczki, przylegającej do jądra komórki nabłonka. Przekrwienie spojówek i wydzielina trwać może kilka tygodni, ale powikłań na rogówce w tem cierpieniu nie bywa.

Oprócz śluzoropotoku wtrętowego, zdarza się jeszcze ropotok wywołany przez pneumokoki, paciorkowce i inne drobnoustroje.

Leczenie nierzeżączkowych ropotoków spojówki polega na zakraplaniu raz dziennie, w ciągu tygodnia, lub więcej, 2% rozczynu lapisu z przemywaniem 1% rozczynem soli kuchennej i na częstych spłukiwaniach worka spojówkowego 1‰ rozczynem sublimatu.

Nieżyt przewlekły spojówek, (*conjunctivitis subacuta*). Nieżyt przewlekły spojówek zdarza się u osób starszych często w związku z obwisłością powiek, czasem z niedomykalnością powiek na tle porażenia n. twarzowego, z nieprzyleganiem do oka punkcików łzowych, z niedrożnością, lub zapaleniem kanału nosowołzowego, z wadami wzroku, z piaskiem spojówkowym na tle artretyzmu, Zwykle spojówka gałki jest mało przekrwiona i schorzenie dotyczy głównie spojówki powiek, szczególnie powieki dolnej, która jest aksamitowata, przekrwiona, często pokryta szarawemi włókienkami śluzu. W załamku dolnym czasem wypukla się kilka lub kilkanaście kulistych grudek.

Niekiedy chorzy tacy skarżą się na widzenie kół tęczowych wokoło światła lampy. Uważne zbadanie wykaże, że koła te znikną, skoro powieką zagarniemy śluz i ropę z rogówki. Koła tęczowe w jaskrze spowodowane są obrzękiem rogówki na tle wzmożonego napięcia oka.

Leczenie polega, przedewszystkiem, na usunięciu przyczyny, przywróceniu drożności kanału nosowołzowego, względnie wycięcia schorzałego woreczka łzowego, przepisaniu szkieł, poprawiających wadę wzroku, zalecaniu szkieł ochronnych, usunięciu złogów wapiennych z worka spojówki, wzgl. na leczeniu dny. Leczenie miejscowe sprowadza się do stosowania lżejszych rozczynów lapisu (1% — 2%), przemywań wodami ocznemi, zakraplań kropli cynkowych (0,5%) a czasem wystarczą zakładania do worka spojówki wieczorem maści 3% kseroformowej, lub 1 — 2% żółtej rtęciowej (ophtalmol).

Nieżyt kątowy spojówek (*conjunctivitis angularis*). Ta postać przewlekłego nieżytu spojówek zaczyna się stopniowo od przekrwienia spojówek dolnego załamka i rozchodzi do obu kątów szpary

powiekowej, przechodząc na skórę okolicy krawędzi powiekowej. Spojówka gałki mało przekrwiona. Skóra w kątach szpary powiekowej jest zmacerowana, czerwona. Zwykle cierpienie dotyczy obojga oczu i jest bardzo uporczywe. Powieki swędzą. Ból i światłowstręt są nieznaczne. Cierpienie nie ma skłonności do samowyleczenia. Choroba spowodowana jest przez prątek, opisany w 1896 r. przez *Moraxa*. W skąpej wydzielinie spojówki z białemi niteczkami znajdziemy prątki te pod postacią łańcuszków po 2 — 4 zwykle poza komórkami, a czasem i wśród komórek nabłonka obok włóknika i białych ciałek krwi.

Prątek *Morax'a* jest dużym drobnoustrojem, długości 2—3 μ, grubości 1—2,5 μ, szybko odbarwia się sposobem Grama — zwykłemi barwikami barwi się łatwo, nie ma otoczki. Na podłożu surowiczem *Löfflera* w ciągu 2 dni wygląda typowo, potem się rozpada i daje postaci inwolucyjne.

Nieżyt dwuprątkowy spotyka się często w jaglicy, w okresie blizn; rzadko natomiast, powoduje powikłania zapalenia pryszczykowego i nieżytu ostrego (*Reis*).

Czasem spotykano owrzodzenia rogówki wywołane dwuprątkiem (*B. R. Gepner*). Najwięcej dwuprątków spotykamy najczęściej w powierzchownych warstwach zmacerowanej skóry powiek. *Reis* (1910) w 37 przyp. na 65 w chorobie wyosobnił ten prątek z śluzówki nosa.

L e c z e n i e polega na kilkakrotnem dziennie zakraplaniu do worka spojówkowego $^1/_2$ — 2% rozczynu siarczanu cynku oraz na nacierania skóry powiek maścią cynkowoichtjolową (Zinci Sulph 0,1, Ichtyoli 1,0 vaselini albi amer. 10,0).

Reis (1910) zaleca ochronną surowicę dwuprątkową bakterjolityczną, którą radzi stosować, jako krople, do worka chorej spojówki.

Pryszczykowe zapalenie spojówki (i rogówki). (*Conjunctivitis v. keratoconjunctivitis phlyctaenulosa v. scrophulosa*). Chorują zwykle dzieci z rodzin biednych 2—5 letnie, czasem starsze, najczęściej krzykliwe, z wyciekiem z nosa, z światłowstrętem; często rodzice ich mają gruźlicę—rodzina cała mieszka w wilgotnem, ciemnem mieszkaniu. Dziecko zazwyczaj jest blade, ma twarz nalaną, nos i wargi obrzękłe i otoczone nadżerkami i wykwitem, gruczoły szyi powiększone. Stwierdzamy nadto często wysokie podniebienie. Dziecko oddycha przeważnie ustami wskutek adenoidów, często ma ropienie z uszu i zepsute zęby wskutek kruchej zębiny. W razie jednoczesnego schorzenia rogówki występuje wydatny światłowstręt, powieki są kurczowo zaciśnięte. Po rozwarciu szpary powiekowej przedewszystkiem wycieknie znaczna ilość łez, czasem z śluzem i krwią z nadżerek w kącie zewnętrznym szpary powiekowej. Często po rozwarciu powiek chory zwraca oko do góry i dopiero po ostrożnem odciągnięciu powieki górnej w górę zapomocą rozwórki *Desmarresa* z trudem będziemy mogli obejrzeć rogówkę i przedni odcinek oka. Badanie wykonać należy bardzo ostrożnie, i jeśli chory się wyrywa, to najlepiej badać go, korzystając ze sposobu, opisanego powyżej, kiedy była mowa o rzeżączce noworodków.

Choroba dotyczy zwykle spojówki gałkowej, która jest blisko rąbka przekrwiona i wykazuje albo szereg drobnych nacieków wokoło rąbka, albo jeden lub kilka pryszczyków wielkości ziarna prosa, a czasem i więcej. Niekiedy pryszczyki zajmują powierzchnię rogówki. Po 1 — 2 dniach pryszczyk opróżnia się, spłaszcza i stopniowo wchłania. Zresztą, na rogówce, nieraz pryszczyk zagłębia się, rozszerza, przebija rogówkę i powoduje znaczne zmętnienie — zbliznowacenie rogówki, wypadnięcie tęczówki, garbiak przedni. Wzrok wtedy ginie i wskutek zmętnienia rogówki połączonego z zarośnięciem źrenicy i skutkiem zniszczenia błon wewnętrznych oka w następstwie wzmożonego napięcia — jaskry wtórnej. Choroba daje częste nawroty i nawet w razie powierzchownych pryszczyków rogówki pozostaje szereg plamek oraz nierówność powierzchni rogówki (*astigmatismus irregularis*)—wzrok jest znacznie upośledzony.

Jak zgodnie zaznacza szereg autorów *Rosenbauch, Bednarski, Wessely, Weckers* i in. zapalenie pryszczykowe jest wyrazem uczulenia ustroju względem gruźlicy—czyli typem osłabionej gruźlicy gruczołowej — zołzów.

Stąd, chorzy na zołzy wogóle, a na pryszczykowe zapalenie spojówek w szczególności nie zapadają potem prawie nigdy na gruźlicę płuc.

L e c z e n i e zapalenia pryszczykowego miejscowe polega na zakładaniu do worka spojówki maści żółtej rtęciowej 1 — 2%,

lub xeroformowej 3% raz dziennie, wieczorem; w razie zapalenia rogówki pożyteczne jest i zakraplanie atropiny 1% — 1—2 razy dziennie. W uporczywych przypadkach pomaga czasem zakraplanie od czasu do czasu (ogółem 3—4 razy) $^1/_2$ — 1% rozczynu lapisu bez przemywania. Prócz tego konieczne jest leczenie ogólne: doustnie *Syrupus ferri jodati* od 10 kropli—do łyżeczki od kawy, 3 razy dziennie na mleku, tran rybi, leczenie witaminami — jajka surowe, sałaty i t. p. Zimą tran rybi. Prócz tego, obok dobrego odżywiania, pożyteczny jest pobyt nad morzem, w Rabce, w Ciechocinku i t,p.

Zapalenie gruźlicze spojówek. (*Conjunctivitis tuberculosa*). Zapalenie pryszczykowe dotyczy spojówki gałki, gruźlica spojówek poraża najczęściej spojówkę załamka i powiek. Odróżniamy na spojówce:

1. Wrzody gruźlicze o zatoczystych brzegach z dnem, pokrytem drobnemi szaremi, rozpadającemi się i łatwo krwawiącemi guzkami—gruzełkami. Wrzód zajmuje zwykle załamek dolny lub górny i leży równolegle do wolnego brzegu powieki. Tkanka podspojówki jest zwykle nacieczona—naciek ten, atoli nigdy nie jest chrząstkowato twardy, jak naciek kiłowy.

2. Zapalenie gruźlicze spojówek brodawkowate o wyglądzie jaglicy. Brodawki są nieco spłaszczone, często szarawo żółte, zajmują zwykle część worka spojówki i miejscami ulegają owrzodzeniu.

3. Zapalenie o charakterze tocznia gruźliczego (*lupus*) w następstwie którego zdarzyć się mogą ubytki typowe w spojówce, lub nawet w całej powiece.

4. Wreszcie zapalenie gruźlicze spojówek może być rozrostowe i wytworzyć na spojówce wyrośle brodawkowate — polipowate czasem o wyglądzie koguciego grzebienia. Wyjątkowo gruźlica dotyczy spojówki gałki, przeżera twardówkę i tworzy szereg garbiaków twardówki.

Przebieg wszystkich wyliczonych tu postaci gruźlicy spojówki jest przewlekły, cierpienie nie ulega poprawie przy stosowaniu zwykłych środków leczniczych, przyległe gruczoły chłonne są powiekszone i niebolesne, odczyn *Pirqueta* — dodatni.

L e c z e n i e gruźlicy spojówek. Najlepiej, gdzie można, stosować wycięcie z przeszczepieniem śluzówki z ust — pomocniczą rolę odgrywać może w leczeniu wzmożone odżywianie, leczenie doustne tranem, naświetlanie ciała lampą kwarcową, promieniami Roentgena, oraz ostrożne leczenie tuberkuliną. Zresztą leczenie tuberkuliną w gruźlicy otwartej, a do takiej zaliczyć należy gruźlicę spojówek, jest mało pomocne według naszego doświadczenia, a nawet szkodliwe, jak zaznaczają *Peters, H. Lagrangé* i inni.

Kiła spojówek (*conjunctivitis luica*) zdarzyć się może jako naciek pierwotny, (*sclerosis initialis*), albo jako grudki, lub też jako kilaki, w okresie późniejszym kiły.

Naciek pierwotny kiłowy (*ulcus durum*) powiek i spojówki jako typ pozapłciowego zarażenia się kiłą zdarza się czasem obok innych zakażeń pozapłciowych, jak sutki, warg i palca. Umiejscowienie nacieku może być różne: spojówka gałki, fałd półksiężycowaty, mięsko łzowe i spojówka powiek.

Chorzy nie pamiętają zwykle przyczyny - najczęściej jest nią pocałunek, czasem wylizywanie ciała obcego z worka spojówki — zwyczaj karygodny, często spotykany i u naszego ludu.

Skłonność do zapalenia krawędzi powiekowej, zapalenia gruczołów powiekowych, nieżyty spojówek często ułatwiają zakażenie.

Naciek pierwotny czasem przypomina gradówkę, od której różni się spłaszczaniem — ubytkiem łuszczącym się pośrodku nacieku — barwą miedziano-czerwoną nacieku i bezbolesnemi, paciorkowatemi, powiększonemi gruczołami chłonnemi. Naciek występuje w 3 — 4 tygodni po zakażeniu; zresztą już w 1 — 2 tygodnie odpowiednie gruczoły chłonne są powiększone — co, jednak, najczęściej uchodzi uwagi.

Wyglądem swym naciek pierwotny przypomina nieraz nabłoniak (*epithelioma*), jednak pamiętać tu należy, że naciek pierwotny zdarza się częściej u osób młodych, rak zaś występuje po czterdziestce.

Badania anatomopatologiczne w przypadkach kiłowych wykaże wodniczkowe zwyrodnienie nabłonka, naciek limfocytarny w podśluzówce z znaczną ilością komórek plazmatycznych i białych ciałek krwi. Naczynia krwionośne mają typowe dla kiły mufki — 5—6 rzędów limfocytów wokoło. Badanie soku zebranego z ubytku pośrodku nacieku w zabarwieniu negatywnem, a więc np. 3% rozczynem colargol'u wykaże nam krętki blade.

Zakażenie kilą powieki i spojówki, jak wykazują niektórzy autorowie (*Ehrlich, Benario*), usposabia i do innych powikłań ocznych, jak do miąższowego zapalenia rogówki i do kiły mózgowia.

Leczenie swoiste rtęcią pod postacią wcierek i neosalvarsanem daje zwykle miejscowe wyleczenie—nieraz z ubytkiem tkanki, powodującym zrost powiek z gałką oczną (*symblepharon*), a w kącie wewnętrznym czasem zarośnięcie kanalików łzowych

Grudki kiłowe powiek i spojówki połączone są często z czasowem wypadnięciem rzęs i brwi. Nieraz mają grudki charakter wrzodziejącego zapalenia spojówek, czasem znowu występują jako łojowate, drobne, mało ukrwione twory, nadające spojówce wygląd jagliczy. Dodatni wynik odczynu *Wassermanna* we krwi i poprawa po leczeniu wcierkami utwierdzi nas w prawidłowem rozpoznaniu.

W okresie późniejszym kiły zdarzyć się mogą nacieki tarczki powiekowej (*tarsitis luica*), powodująca znaczne zbliznowacenie tarczki—blizny—w przeciwieństwie do pojagliczych, idą w kierunku prostopadłym do wolnego brzegu powiek.

W następstwie kiły wrodzonej u osesków i niemowląt zdarzać się może pęcherzyca spojówek (*pemphigus conjunctivae*). W tem cierpieniu na skórze ciała łatwo można spotkać typowe pęcherze. Na spojówce, natomiast, pęcherzyki są bardzo cienkie, i zamiast nich, po ich, prawie natychmiastowem, ukazaniu się, przebicie następuje i spotykamy szarawo-brunatne blaszki i ubytki. W następstwie wysięk i zbliznowacenie powodują blizny często o zarysach okrągłych, zrosty powiek z gałką oczną, skłonność do zapalenia, zeschnięcia i zeskórnienia rogówki i spojówki, podwinięcia rzęs i t.p.

Leczenie jest najczęściej bezsilne. Czasem pomaga wczas zastosowane leczenie przeciwkiłowe (*Martin* 1921).

Grudkowy nieżyt spojówek (*conjunctivitis follicularis*). Zołzy, niepoprawione wady wzroku, ciała obce worka spojówkowego, czasem stosowanie atropiny — powodują zjawienie się głównie w załamku dolnym szeregu paciorkowatych, półprzejrzystych, kulistych grudek. Barwa ich nie różni się zwykle od barwy pozostałej spojówki, wielkość ich nie przekracza wielkości łebka od szpilki. Czasem chorzy odczuwają lekki światłowstręt i uczucie ciała obcego.

Grudkowy nieżyt spojówek jest bardzo przewlekły, ma jednak przebieg łagodny i często stopniowo ginie, taksamo niespodziewanie, jak się zjawił.

Leczenie. Przedewszystkiem poprawić należy szkłami istniejące wady wzroku, usunąć ciało obce (najczęściej z rowka tarczkowego górnego, czasem z załamka górnego, wyjątkowo z poza fałdu półksiężycowatego); przerwać też należy zakraplanie atropiny, lub innego leku, który mógł spowodować cierpienie.

W leczeniu pomocne jest nacieranie kryształem ałunu, zakraplanie $^1/_2$% kropli cynkowych, czasem kilkakrotne potarcie spojówek kryształem siarczanu miedzi.

Jaglica, nieżyt ziarnisty. (*Trachoma, conjuctivitis granulosa*). Jestto cierpienie przewlekłe, uporczywe, zaczynające się niespostrzeżenie i bezboleśnie, bez znaczniejszego zadrażnienia lub upośledzenia wzroku. Istota cierpienia polega na przeroście grudkowym spojówki powiek i załamków, a później często i na naciekach grudkowych i zmianach wstecznych w rogówce.

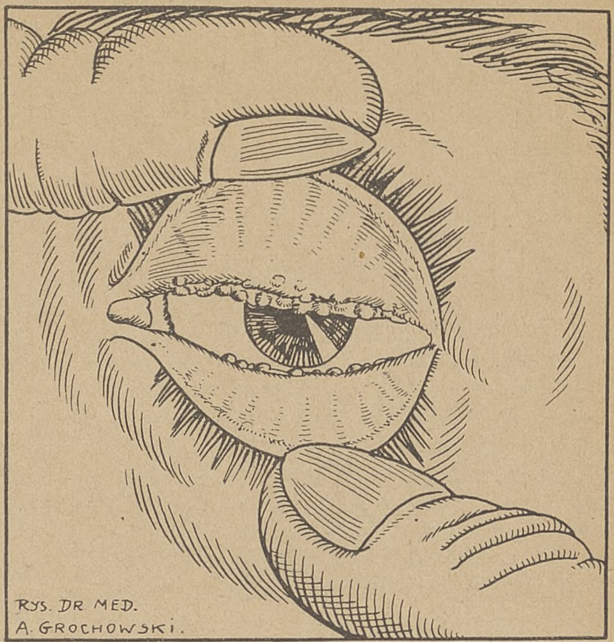
Choroba zaczyna się najczęściej w wieku przedszkolnym (5—6 lat) czasem i później. Chory ma czasem uczucie piasku za powiekami, niewielkie łzawienie i od czasu do czasu sklejanie się szpary powiekowej po nocy. Od czasu do czasu oko bywa więcej przekrwione i ilość wydzieliny śluzu się zwiększa Badanie uważne, najlepiej zapomocą odwracacza powiek (np. typu *Zacherta*), wykaże nam pewną ilość grudek w okolicy górnego (patrz rys. 4 i 5) i dolnego załamków oraz obrzęk ciałka brodawkowatego powieki górnej. Po dłuższem trwaniu, a często i na początku choroby uwydatnia się obrzęk, przekrwienie i grudki fałdu półksiężycowatego spojówki. (Dodać tu należy, że, jak wykazują badania u zwierząt, powieka trzecia jest właśnie u nich najwięcej skłonna do ziarnistych schorzeń spojówki).

Wskutek dłuższego obrzęku następuje często obwisanie powieki górnej (*pseudoptosis*). Szpara powiekowa w jaglicy jest nieco zwężona i twarz ma wygląd ospały.

W początku jaglicy na pierwszy plan występuje uporczywy przewlekły nieżyt (okres I jaglicy), w następnym okresie następuje zajęcie spojówki i podspojówki przez



Rys. 4.
Grudki w załamku górnym w okolicy gruczołów Krausego.

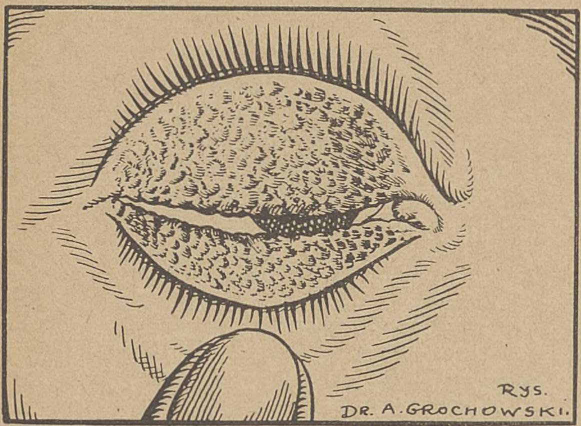


Rys. 5.
Grudki w obu załamkach, w początku jaglicy.

grudki (okres II grudkowy jaglicy) (patrz rys 6.) a dalej, w związku z rozpadem grudek i zmianami wstecznemi, okres zwyrodnienia worka spojówkowego, zniekształcenia powiek i objawów chorobowych na rogówce (okres III zmian wstecznych pojagliczych).

Okres grudkowy jaglicy. Ilość grudek w jaglicy początkowo niewielka, zwiększa się stopniowo, zapewne, dzięki częstym obostrzeniom wskutek przypadkowych zakażeń np. prątkami *Kocha-Weeksa*, dwuprątkami Moraxa-Axenfelda, gronkowcami i t. p. Obrzękłe i aksamitowate spojówki wraz z wydzieliną drażnią powierzchnię gałki ocznej i powodują często łzawienie, tembardziej że nieraz wskutek obrzęku śluzówki kanału nosowołzowego odpływ łez do nosa jest utrudniony. Grudka przy grudce zajmuje całą spojówkę powiek i załamków i powierzchnia wewnętrzna powiek przypomina wyglądem miąższ figi. Czasem grudki są większe i dochodzą wielkości jagieł—stąd nazwa *jaglica*. Grudka jaglicza budową przypomina grudkę chłonną jelita (grudkę *Peyera*). Środek grudki, skupiający się wokoło naczynia krwionośnego (*Reis* 1913), składa się z komórek plazmatycznych, obwód z limfocytów. Komórki plazmatyczne mają pęcherzykowate jądra o gwiazdkowatym układzie chromozomy. Wewnątrz grudki i na obwodzie widać jeszcze siateczkę tkanki łącznej. Grudki jaglicze są mało ukrwione, co nadaje im barwę różowo-szarą. Nacieki jagliczę przenikają w głąb i obejmują gruczoły łzowe (dodatkowe i główne) i gruczoły tarczkowe Meiboma. Choroba postępuje powoli, ilość grudek się zwiększa, grudki zlewają się, częściowo rozpadają i wydalają na powierzchnię spojówki swą galaretowatą zawartość. Ubytki wypełnia rozrastająca się tkanka łączna, która na powierzchni, pokryta częściowo zwyrodniałym nabłonkiem, tworzy brodawkowate mięsiste wypuklenia. W okresie tym (III okres) rozpulchnienie spojówki powoli ustępuje miejsca stwardnieniu i zgrubieniu spojówek powiek, a nieraz i załamków (okres ten przypomina niejako okres przerostowy marskości wątroby (*cirrhosis hepatis hypertrophica*). Zgrubienie podobne nieraz ma wygląd szklisty i wywołane jest wielką ilością komórek plazmatycznych, które znów w następstwie ulec mogą przeobrażeniu szklistemu (*Browicz, Treacher-Collins, Mayou*). Masy szkliste zajmują załamek, czasem i tarczkę zjawiają się nieraz pod spojówką

gałki. Masy te są chrząstkowate, mało unaczynione, kruche. Znaczna ilość mas szklistych, znajdujących się w załamkach i ponad tarczkami zwęża nieraz i zaciska szparę powiekową i mechanicznie przeszkadza widzeniu.



Rys. 6.
Rozwinięte grudki jaglicze na tarczkach obu powiek.

Okres blizn pojagliczych. Dłużej, nieraz całe dziesiątki lat trwająca jaglica po rozpadzie grudek doprowadza do rozległego i głębokiego zbliznowacenia załamków i tarczek powiekowych. Z początku blizny pod postacią białych jedwabistych pasemek wśród kępek aksamitowato-czerwonej, nacieczonej tkanki spojówki. Powoli i kępki te giną, a miejsce tarczki i załamka zajmuje tkanka bliznowata, gładka i mało unaczyniona. Nabłonek tej zwyrodniałej spojówki jest ścieńczony i skłonny do zrogowacenia. Wśród komórek nabłonka rzadko spotykamy komórki kubkowe. Pozatem, dzięki zarośnięciu ujścia i dzięki zmianom wstecznym w gruczołach łzowych, łzawienie w tym okresie choroby jest znacznie mniejsze i zaznacza się skłonność do zeschnięcia spojówki. Zbliznowacenie powoduje skrzywienie i wgięcie tarczki nieckowate, za którem idzie zaokrąglenie wewnętrznej krawędzi i podwinięcie rzęs (*entropion*). Rzęsy zwrócone w kierunku oka trą spojówkę gałki ocznej i powodują częste owrzodzenia rogówki. Prócz tego długie cierpienie worka spojówki, utrata znacznej ilości komórek plazmatycznych, zniszczenie nabłonka i gruczołów spojówki, upośledzenie czynności gruczołów łzowych, a czasem i podwinięcie rzęs, są obok dalej drążącego procesu chorobowego, powodem schorzenia dotyczącego zwykle górnej połowy rogówki — t. zw. łuszczki jaglicznej (*pannus trachomatosus*).

Łuszczka jaglicza uwydatnia się przedewszystkiem, więcej lub mniej znacznem zamgleniem i obrzękiem rogówki. W oświetleniu ogniskowem z powiększeniem lupą zobaczymy przedewszystkiem pewną nierówność i zmatowienie powierzchni górnej połowy rogówki, oraz liczne naczynia krwionośne, idące od obrzmiałego i przekrwionego rąbka rogówki. Naczynia od spojówki biegną prostopadle w dół, lub nieco skośnie. Rozgałęziając się i przeplatając tworzą one nieraz mięsowato wyglądającą masę łuszczki mięsistej (*pannus crassus*). Często łuszczka jest cienka, stosunkowo mało widoczna, naciek w rogówce lekko się tylko wypukla ponad poziom powierzchni i unaczynienie jest subtelne (*pannus tenuis*). Nacieki jaglicze w łuszczce dotyczą zwykle głębszych warstw rogówki i w następstwie po ich rozpadzie nastąpić może ścieńczenie i częściowe wydęcie rogówki (*keratectasia*).

Właściwie łuszczkę jagliczą wywołują nietylko czynniki mechaniczne, ile właściwe czynniki chorobowe — nacieki jaglicze. Upośledzenie odżywiania rogówki na skutek zbliznowacenia spojówek raczej jest powodem skłonności rogówki do owrzodzeń.

Zbliznowacenie całkowite worka spojówki. Zbliznowacenie spojówki często postępuje dalej i powoduje całkowite zarośnięcie załamków i zrost powiek z gałką oczną (*symblepharon*). W tym okresie choroby uwydatnia się często zrogowacenie i zsychanie nabłonka — t. zw. zeschnięcie i zeskórnienie spojówki (*xerosis superficialis* et *xerosis parenchymatosa conjunctivae*). W tych przypadkach oko ma wzrok upośledzony do poczucia światła.

Przebieg jaglicy, jak widzimy z powyższego opisu, jest bardzo powolny trwa ona dziesiątki lat i typowe, zapuszczone postaci spotkamy na głuchej prowincji u ludzi, którzy nie leczyli się nigdy, albo leczyli niedostatecznie.

Wczesne okresy jaglicy — nieżytowy i początki grudkowego spotykamy zwykle u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym i rzadziej u osób młodych do lat 20. W wieku około 15 lat spotykamy już około $^1/_3$ przypadków jaglicy zadawnionej w okre-

sie brodawkowatym i bliznowatym. W wieku lat 20 już około połowy przypadków przypada na jaglicę zadawnioną. W wieku lat 40 świeże postaci jaglicy należą do wyjątku. U chorych od 25—40 letnich często już spotkamy blizny pojaglicze, podwinięcie rzęs i łuszczkę jagliczą.

Zresztą, w cięższych przypadkach jaglicy zbliznowacenie spojówek spotykamy i wcześniej, i łuszczka zdarzyć się może i u dzieci 9—10-letnich.

Patogeneza jaglicy. Zarazek jaglicy dotąd nie jest znany. Badanie wydzieliny spojówek u osobników jagliczych np. *Kapuścińskiego* (1921) na 55 przypadków w 54 wykazały w spojówce obecność gronkowców, w 41 przyp. prątków zeschnięcia w 1 przyp. prątków Kocha-Weeksa, w 2 przyp. dwuprątków *Moraxa Axenfelda*, w 16 przypadkach pneumokoków, w 1 — *microc. catarrhalis*, bac. *Friedländeri* i prątek sienny. Badania nasze (1928) w 89 przypadkach wykazały w największej ilości przypadków gronkowce i prątki zeschnięcia, rzadziej paciorkowce i czworniaczki. Pomimo poszukiwań nie udało nam się znaleźć opisanego ostatnio przez *Noguchi'ego* (1927) jakoby prątka jaglicy. Prócz tego, niektórzy autorowie wskazują na obecność w jaglicy w komórkach nabłonka spojówki wtrętów (*inclusiones*) — tworów, opisanych w 1907 roku przez *Prowazka*. Są to drobniutkie ziarenka ułożone w zarodzi komórki koło jądra na podobieństwo czapeczki. Zresztą, obecnie większość badaczów np. *Kapuściński* (1921), *Szajnicki* (1928), *Reis* (1913) i inni skłaniają się do tego zdania, że ciałka *Prowazka* nie są wcale typowe dla jaglicy. *Reis* (1913) uważa je za narządy prawidłowe pierwoszcza komórki nabłonkowej.

W każdymbądź razie jaglica jest cierpieniem zakaźnem szczególnie dla dzieci, i u otaczających chorego, najczęściej jego najbliższej rodziny, prawie zawsze spotkamy kogoś, cierpiącego na jaglicę. Tak, w wielu przypadkach matki, lub piastunki z zadawnioną jaglicą, lub bliznami pojagliczemi, a więc według obecnych pojęć niezaraźliwą, przynoszą nam często niemowlę z typową świeżą jaglicą. Słowem, szereg faktów przemawia za tem, że jaglica jest zaraźliwa—jednak, nie wszyscy zarażają się jaglicą — wśród chorych na jaglicę dzieci przeważają zołzowaci i limfatycy, jak wykazały badania szeregu autorów, i ostatnie moje (1928). Mianowicie u dużej ilości chorych na jaglicę spotkamy zmiany przerostowe w śluzówce nosa, nosogardzieli i powiększenie gruczołów chłonnych. Pozatem, większość chorych na jaglicę — to ludzie źle odżywiani, mieszkający w brudzie, wilgoci, mający gruźlicę w rodzinie i często sami żywo reagujący na szczepienia *Pirqueta* — słowem, ostrożnie mówiąc, do zachorowania na jaglicę potrzebne jest pewne przygotowanie ustroju, okres żywej czynności pierścienia chłonnego *Waldeyera*, tzw. limfatyczność lub i zołzowatość. Przypadkowe miejscowe zakażenie i urazy spojówki wpływają często na pogorszenie stanu spojówek w jaglicy.

Leczenie jaglicy trwać musi miesiące, a często i lata całe. W okresie ropienią wzgl. nieżytowym pomaga leczenie 1—2% rozczynem lapisu z przemywaniem, raz dziennie i wodami ocznemi, kilka razy dziennie. Grudki jaglicze wyciskamy, raz albo i kilkakrotnie. Wyciski możemy zrobić paznokciami albo i kleszczykami np. *Dohnberga*, lub okienkowatemi *Prince'a*.

W okresie brodawkowatym, lub zaczynających się blizn, nacieramy odwróconą spojówkę ogładzonym kryształem siarczanu miedzi (raz dziennie). Kiedy blizny są już gładsze, a wydzielina niewielka to wystarcza tu już raz na dzień nacieranie spojówki kryształem ałunu oraz mięsienie kulkowe, według *Likiernika*. Mięsienie robimy pałeczką szklaną zakończoną kulką. Pałeczkę zmaczamy w jakiejkolwiek maści (np. 3% kseroformowej) i wprowadzamy ją pod powiekę, górną lub dolną, aż do załamka i odciągając pałeczkę ku przodowi, a naciskając powiekę opuszkami palców ugniatamy kulką spojówkę. Z początku mięsienie to jest dość bolesne i powoduje lekkie krwawienie. Wkrótce jednak potem chory przywyka i albo on sam, albo ktokolwiek z jego otoczenia wykonywa zabieg. Pałeczkę przesuwamy 10—15 razy; mięsienie robimy raz na dzień. Zabieg ułatwia gojenie spojówek, wygładza je i przeszkadza zbytniemu kurczeniu się bliznowatemu worka spojówki.

W zaczynającej się łuszczce mięsienie daje często znakomitą poprawę. Mięsieniem nie niszczymy spojówki, ułatwiamy tylko wydalanie mas zniszczonych i zwiększamy ukrwienie i odżywianie pozostałych tkanek. Do usunięcia podwinięcia rzęs

jest już konieczny zabieg operacyjny. Najbardziej celowy zabieg—to wszczepienie płatka spojówki z ust według sposobu opisanego przez *Mahera* (1897) z wprowadzonym przezemnie szwem okrętką, zamiast węzełkowatego szwu, który może zadrażnić rogówkę.

Leczenie łuszczki jagliczej cięższej jest zwykle niewdzięczne — czasem pomoże tu przeszczepienie płata kwadratowego śluzówki z ust, tak by płat ten pokrywał wewnętrzną część powieki górnej przylegającą do rogówki — jest to sposób zalecony od 1890 r. przez *Noiszewskiego*. Czasem bywa też pożyteczna w tych przypadkach perytomja — zabieg starożytny oddzielenia spojówki od rąbka z góry. Wyjątkowo ma być pomocne wszczepienie w okolicę rąbka od góry kawałka śluzówki z ust, zabieg zalecony przez *Deniga* (1914)—śluzówka ta na podobieństwo gąbki, ma wciągać krew i zmniejszać unaczynienie rogówki — czasem, jednak zabieg ten raczej szkodzi i szpeci, niż pomaga. Chorzy na jaglicę powinni unikać kurzu, wzgl. nosić szkła ochronne (z siateczką). Wzmacniające leczenie, tran, *syrupus ferri jodati* doustnie, maść żółta miejscowo, a czasem i tuberkulinoterapja dać mogą poprawę i w bardzo uporczywych przypadkach. Prócz tego nie należy zapominać i o leczeniu nosa i nosogardzieli, tam gdzie badanie ustali znaczne zmiany chorobowe.

Nieżyt wiosenny (*catarrhus vernalis*). Choroba, poraz pierwszy opisana w 1872 r. przez *Saemischa*, dotyczy osób młodych, do lat 20, przeważnie chłopców. Tak według *Trantasa* (1907) na 68 przypadków było 48 mężczyzn. Schorzenie dotyczy zwykle obu oczu.

Chorzy najczęściej wiosną i latem odczuwają swędzenie w oczach, kłucie i światłowstręt.

Badanie podmiotowe wykaże nam szereg wyrośli płaskich, przypominających jezdnię brukowaną, twardych, na powierzchni tarczki — spojówka jest przytem mało przekrwiona, i ma raczej odcień sinawy, lśniący — wskutek opalizującej szklistej tkanki łącznej, z której po większej części składają się brodawki. Prócz tego, w niektórych przypadkach, chorzy mają wokoło rąbka rogówki białawy wałek słabo unaczyniony i mający odcień opalowy, czasem zlekka różowy i uwypuklający się więcej po stronach skroniowej i nosowej rąbka. Jest to t. zw. blady pryszczyk (phlyctaena pallida). Twór ten, podobnie jak i wyrośle na tarczce, nigdy nie podlega owrzodzeniu i o ile cierpienie nie jest leczone żrącemi środkami, to przekrwienie i objawy ogólne są stosunkowo nieznaczne, wydzieliny niema, albo jeśli jest, to skąpa i zawiera głównie ciałka eozynochłonne.

Badania anatomo-patologiczne wykazały, że wyrośle składają się z pasem szklistej tkanki łącznej, pokrytych nieco zgrubiałą warstwę nabłonka spojówki; wśród tkanki łącznej obok limfocytów spotyka się znaczną ilość ciałek eozynochłonnych. Często istnieją u podobnych chorych wyrośle adenoidalne i przerost śluzówek nosa. Choroba wykazuje nasilenia wiosną i latem i ciągnie się zwykle 4—6 lat, czasem dłużej, potem najczęściej sama przechodzi bez śladu.

W rozpoznaniu różnicowem uwzględnić musimy przedewszystkiem jaglicę, a potem gruźlicę spojówki. Od obu tych cierpień przedewszystkem różni się typową sezonowością — obostrzeniem wiosną i latem, dalej brakiem wydzieliny — brakiem ognisk z rozpadem, jak to ma miejsce w gruźlicy — i twardością płaskich wyrośli w przeciwieństwie do kulistych miękkich grudek jaglicznych. Ostatnio, niektórzy autorowie jak *De Rosa*, *H. Langrange* (1928) podkreślają braki w wydzielinie wewnętrznej, szczególnie gruczołów płciowych.

L e c z e n i e — polega przedewszystkiem na unikaniu wszelkich środków drażniących i przyżegających spojówki—dalej na zalecaniu szkieł ochronnych (*Fieuzala*), na zakraplaniu do worka spojówki rozczynu adrenaliny 1 : 1000. Niektórzy autorowie jak *Brinton*, *Likiernik* (1921) zalecają, jako leczenie, usunięcie przerosłych migdałków. *H. Lagrange* (1928) chwali leczenie opoterapeutyczne. *Abramowicz* (1926), *De Rosa* (1927) zalecają leczenie wstrzykiwaniami śródmięśniowemi afenilu.

Zapalenie spojówek Parinauda (*Conjunctivitis Parinaudi*).

W tem cierpieniu, najczęściej jednostronnem, spojówek występują wydatnie i objawy ogólne: dreszcze, podwyższona ciepłota i niedomaganie ogólne. Na spojówce tarczki zjawia się przytem ziarnina miękka żółtawo-czerwona, łatwo wrzodziejąca, czasem przypominająca zropiałą gra-

dówkę. Powieki są przytem obrzękłe, gruczoły chłonne przyuszne i podszczękowe są powiększone i mają skłonność do zropienia. Zapalenie gruczołów chłonnych występuje zwykle jednocześnie z owrzodzeniem spojówki; ziarnina czasem dochodzi znacznej wielkości i przenika do załamka i na spojówkę gałki.

Cierpienie trwa nieraz dwa do trzech miesięcy i ginie bez śladu. Powikłania na rogówce należą do rzadkości.

Być może, jak chce *Axenfeld*, że jestto postać zapalenia spowodowana prątkiem gruźlicy bydlęcej.

Od jaglicy cierpienie to różni się obecnością objawów ogólnych, których niema w jaglicy, oraz brakiem łuszczki. Zresztą, objawy cierpienia są dostatecznie typowe by je odróżnić od innych.

L e c z e n i e polega na przemywaniach oka lekkimi rozczynami sublimatu lub cjanku rtęci (1 : 10000).

Zapalenie błonicze spojówek (*conjunctivitis diphterica*). Choroba występuje jednocześnie z zachorowaniem błoniczem gardła lub nosa i dotyczy zwykle dzieci od 2—8 lat życia. Na spojówce, podobnie jak i na śluzówkach, a czasem i na skórze twarzy, znajdziemy biało szare naloty, błony, wyjątkowo z początku tylko objawy nieżytowe.

Przedewszystkiem jednak w tem cierpieniu na plan pierwszy występują objawy ogólne: niedomaganie, ogólna słabość, bladość, obok obrzęku powiek i nalotów na śluzówkach. Czasem znaczny obrzęk prowadzi do stwardnienia i uniemożliwia rozwarcie szpary powiekowej. Chory skarży się na ból przy dotykaniu miejsc obrzmiałych. Błony zdzierane obrażają krwawiącą powierzchnię. Wydzielina surowiczo-krwawa.

Ciężkie zapalenie błonicze jost spowodowane obecnością obok prątka błoniczego *Loefflera*, jeszcze i innych drobnoustrojów, w szczególności paciorkowca. W przypadkach podobnych oprócz nalotów widzimy przestrzenie z wybroczynami. W tej postaci błonicy spojówek wcześnie występuje naciek okołorogówkowy, owrzodzenie rozpad rogówki i utrata oka. W tych postaciach często wkrótce następuje śmierć wskutek posocznicy lub zapalenia oskrzeli i płuc.

W następstwie przebytej błonicy spojówek i powiek czasem pozostać mogą braki po zgorzeli, lub znaczne zbliznowacenie worka spojówki, zrosty powiek z gałką oczną i t. p. Rogówka może w tych przypadkach ulec zmętnieniu i zeskórnieniu wraz z spojówką (*xerosis corneae et conjunctivae*).

L e c z e n i e polega na możliwie wczesnem wstrzyknięciu podskórnem, lub lepiej śródmięśniowem 4 — 5 tysięcy jednostek surowicy przeciwbłoniczej. Miejscowo, do worka spójówki możemy też wkrapiać surowicę przeciwbłoniczą lub sok cytrynowy i stosujemy przemywania słabym rozczynem sublimatu Przy naciekach głębszych stosujemy okłady wilgotne. Leczenie spojówek przyżeganiami np. lapisem jest w błonicy p r z e c i w s k a z a n e.

Zapalenia rzekomobłonicze spojówek (*conjunctivitis pseudodiphterica*) są dość często spowodowane przez pneumokoki. Wysięk i wydzielina jest w tych przypadkach niewielka; błonki cienkie i powierzchowne na przekrwionej powierzchni spojówki, zdejmują się łatwo bez krwawienia. Powikłań ze strony rogówki i objawów ogólnych w tych przypadkach nie bywa. Rozpoznanie ustali się najpewniej drogą badania bakterjologicznego. Rokowanie dobre. L e c z e n i e: wystarcza zwykle przemywanie spojówek słabym rozczynem przeciwgnilnym i m a ś ć x e r o f o r m o w a.

Z schorzeń niezapalnych spojówki omówimy: a) złogi wapniowe w spojówce, b) zeschnięcie spojówki, c) tłuszczyk, d) skrzydlik, e) nowotwory. W końcu omówimy krótko urazy spojówki.

Złogi wapniowe spojówki. Zwrócił na nie uwagę *Fuchs* (1898). Zdarzają się one dość często w spojówce tarczki, przeważnie u górnego brzegu, jako drobne biało-żółtawe czasem dość twarde skupienia. Mogą być one na powierzchni, czasem znowu znajdują się w głębi, wśród masy gruczołów *Meiboma*. Zwykle wywołują zadrażnienie oka i uczucie ciała obcego. Usuwamy te złogi łatwo zapomocą zwykłej igły do usuwania ciał obcych z rogówki.

Zeschnięcie i zeskórnienie rogówki (*xerosis epithelialis et xerosis parenchymatosa*) wystąpić może po znacznem zniszczeniu spojówki wskutek ciężkiej jaglicy, oparzenia wapnem, po błonicy, pęcherzycy. Spojówki są suche, matowe, zbliznowacone, rogówka zmętniona, pokryta drobnemi żółtemi łuseczkami. Łzy nie zwil-

żają powierzchni oka, ale spływają, jak po warstwie tłuszczu.

Leczenie bezsilne. W okresie początkującym przebieg choroby zwolnić można zaszyciem częściowem szpary powiekowej, zakraplaniem śmietanki, rozczynu fizjologicznego NaCl, oliwy, noszeniem szkie ochronnych i t. p.

Nieco łagodniejsza postać zasychania spojówki zdarza się czasem w związku z upośledzeniem ogólnem odżywiania (awitaminoza), w więzieniach, w wojsku, na okrętach. Spojówki w tym przypadku są prawie prawidłowe, tylko w zewnętrznym a czasem i wewnętrznym kącie spojówki gałki obok rogówki widać szarawo-żółte matowe plamki złożone z drobniutkich łusek, przypominające pianę z mydła to t. zw. plamy *Bitôt*. Okolice tych plam nie ulegają zwilżeniu ani łzami, ani kroplami. Chorzy tacy często cierpią na kurzoślep, t. j. bardzo mało widzą wieczorem. Zwykle cierpienie to przechodzi po ogólnej poprawie odżywienia. Oddawna przy tej chorobie, jako specyfik, zalecano tran.

Tłuszczyk (*pinguecula*). W wieku starszym na spojówce gałki u rąbka, w kącie wewnętrznym, a czasem i zewnętrznym spotkamy mały, wypuklający się, żółtawobiały guzek, składający się z włókienek skłębionej tkanki sprężystej. Leczenia nie wymaga.

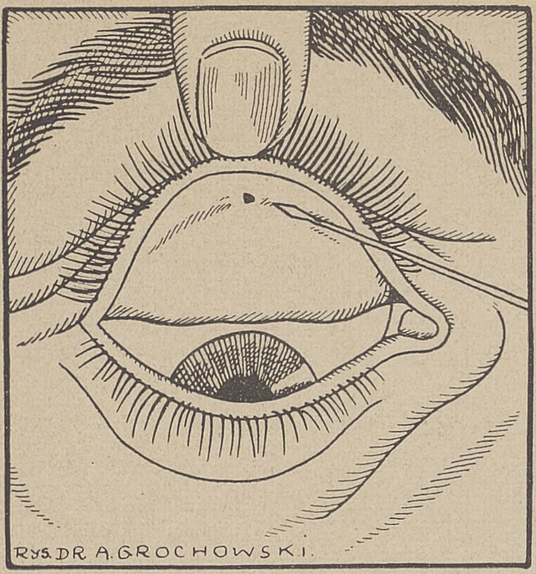
Skrzydlik (*pterygium*) jestto półprzezroczysty fałd spojówki, przypominający nieco skrzydło owada. Ma skrzydlik zwykle postać trójkąta z wierzchołkiem, wchodzącym na rogówkę. Skrzydlik jest dość dobrze unaczyniony i częściej zdarza się w wewnętrznym kącie szpary powiekowej. Być może, że skrzydlik zaczyna się od tłuszczyka. Usposabia do powstania skrzydlika pobyt w kurzu. Owrzodzenia i zranienia spojówki u rąbka utworzyć mogą bliznowate fałdy spojówki przypominające skrzydlik (*pseudopterygium*). Usunięcie skrzydlika może być tylko operacyjne. Dobre wyniki daje odrywanie skrzydlika specjalnemi kleszczykami, sposób zalecany swojego czasu przez *Noiszewskiego*.

Nowotwory spojówki (*neoplasmata conjunctivae*). Z niezłośliwych nowotworów na spojówce spotkamy skórzak (*dermoid*) spojówki i rąbka, znamię barwikowe (*naevus*), naczyniaki i torbiele. Z nowotworów złośliwych raki zdarzają się zwykle na krawędzi powiek, mięsaki, zwykle czarne (*melanosarcomata*) — na spojówce powiek i spojówce gałki. Do rozpoznania, obok wywiadów i oględzin, pomaga nam przedewszystkiem badanie anatomopatologiczne. Tak, skórzak ma typowe umiejscowienie na spojówce rąbka, czasem na spojówce gałkowej, pokryty jest skórą i uwłosiony. Znamię barwikowe czarne długie lata pozostaje bez zmiany i pokryte jest zwykle prawidłową spojówką.

Urazy spojówki. Do niewinnych następstw urazu oka, ciężkiego wysiłku ogólnego, porodu, kaszlu, u dzieci kokluszu — należy wybroczyna podspojówkowa. Ma ona wygląd plamy krwawej—czerwonej— często okalającej całą rogówkę. Jestto objaw często przerażający chorego, nie wymaga jednak zwykle leczenia i po kilkunastu dniach przechodzi sama. Jednakże w każdym przypadku wybroczyny oko należy badać uważnie i sprawdzić widzenie, gdyż, obok wybroczyny podspojówkowej, ten sam uraz mógł spowodować głębsze obrażenia oka. Prócz tego wybroczyna podspojówkowa po upadku np. na tył głowy może być jednym z objawów pęknięcia podstawy czaszki.

Drobne wybroczyny podspojówkowe są czasami wyrazem wzmożonego napięcia krwi w zapaleniu nerek, albo też w gnilcu wskazują na schorzenia naczyń.

Ciała obce worka spojówki. Kiedy się do nas kto zgłosi ze skargą, że mu coś wpadło do worka spojówki, to musimy przedewszystkiem ten worek spojówki dokładnie obejrzeć. Czasem ciało obce tkwi w rogówce i stąd musi być usunięte. Częściej atoli jest zgarnięte pod powiekę górną i jedynym wyrazem jego obecności jest ból, silne łzawienie, światłowstręt i zdrapanie powierzchni rogówki. Ciało obce po odwróceniu powieki górnej znajdziemy w worku podtarczkowym (patrz rys. 6). Zdejmiemy je łatwo zwilżonym wacikiem, albo igłą do ciał obcych. Wyjątkowo ciało obce spotkamy w załamku górnym, dolnym, a czasem w okolicy fałdu półksiężycowego. Do ciał obcych należą tu: drobne owady, cząsteczki węgla, kawałki wapna, czasem włosy, sterczące z punkcików łzowych. Wyjątkowo, ciało obce może być mało widoczne, wskutek przejrzystości, np rybia łuska. Toteż do usunięcia potrzebne jest nieraz



Rys. 7.
Obce ciało worka spojówki.

dobre oświetlenie ogniskowe, no i uwaga. Rozcięcie spojówki wymaga najczęściej zeszycia, szczególnie, kiedy rana zieje.

Oparzenia spojówki dzielą się na powierzchowne i głębokie, oparzenia termiczne i chemiczne. Oparzenia powierzchni nabłonka np. żelazkiem do fryzowania, mogą się wyleczyć bez śladu. Natomiast, oparzenia głębsze, szczególnie wapnem, i wogóle zasadami, kwasami, prowadzą do rozległego zniszczenia worka spojówki i następczego zmętnienia rogówki. Z początku zwykle rogówka jest stosunkowo mało uszkodzona i chory może widzieć znośnie — potem dopiero, w miarę zbliznowacenia, posuwa się proces zmętnienia i zniszczenia rogówki. Szczególnie ciężkie następstwa dla wzroku ma oparzenie ługami.

Leczenie polega na możliwie wczesnem usunięciu płynu gryzącego i zakraplaniu jakiegokolwiek tłuszczu obojętnego. Potem leczenie mięsieniem i zakraplaniem dioniny 1—2%.

A. LUMIERE i R. H. GRANGE.

Badania porównawcze nad jadowitością surowicy krwi tętniczej i żylnej.

W badaniach poprzednich wykazaliśmy, że surowica ludzka, pochodząca od osobników zupełnie zdrowych, wstrzyknięta do krwiobiegu świnki morskiej może się okazać szkodliwą, albo nieszkodliwą, przyczem odsetek surowic nieczynnych wynosi około 50 proc.

Jadowitość surowicy zależy, jak się wydaje, od gatunku zwierzęcia, tak naprzykład surowica psa wzięta bezpośrednio po oddzieleniu skrzepu zabija świnkę przeciętnie już w ilości 1 cm. sz. wstrzykniętej dosercowo.

Ten wpływ szkodliwy nie zależy jednak od obecności jakiegoś jadu, jak długi czas mniemano, lecz jest uwarunkowany niezgodnością pomiędzy koloidami osocza świnki i obcej surowicy, gdyż po ich zmieszaniu, występuje kłaczkowacenie.

Kłaczkowacenie występuje tem obficiej im świeższa jest surowica. Nie występuje ono zupełnie, o ile surowica pozostanie w ciągu kilku dni w pracowni przy zwykłej temperaturze, lub po umieszczeniu surowicy w próżni. Surowica taka w rzeczy samej staje się zupełnie nieszkodliwą.

Jak wykazały badania *Plotz'a* i *Schoen'a* podczas starzenia się surowicy jej Ph. podnosi się wskutek utraty dwutlenku węgla i w ciągu tygodnia z 7.3 osiąga około 8,5.

Wydaje się więc, że dwutlenek węgla odgrywa rolę pierwszorzędną w powstawaniu kłaczkowacenia, powodującego zaburzenia spostrzegane po wstrzyknięciach dosercowych.

Jeżeli się sprawa tak przedstawia istotnie, to surowica otrzymana z krwi

tętniczej powinna się okazać mniej jadowita, aniżeli surowica z krwi żylnej; założenie to potwierdzają w zupełności doświadczenia następujące.

U jednego i tego samego psa pobieramy jednocześnie krew tętniczą i żylną nakłuwając żyłę odpiszczelową i tętnicę udową.

Po upływie doby zbieramy surowice i natychmiast wstrzykujemy świnkom do komory lewej w ilości 1 cm. sz. Oto wyniki tych doświadczeń.

Pies A. Surowicę krwi żylnej, wstrzyknięto śwince morskiej samcowi, wagi 400 gr. Natychmiast po wstrzyknięciu silne drgawki, śmierć po pięciu minutach. Sekcja wykazuje wykrwienia do narządów wewnętrznych, jak w ciężkich wstrząsach.

U innej świnki, wagi 750 gr., również występują drgawki, zwierzę pada na bok, następnie podnosi się, lecz tył ciała jest porażony.

Porażenie mija po kwadransie; świnka w ciągu całego dnia jest nastroszona, lecz pozostaje przy życiu.

Różnica wyniku u tych dwóch świnek jest zależna od różnicy wagi; surowica była bowiem stosowana w jednakowej dawce.

Surowica krwi tętniczej wstrzyknięta w tych samych warunkaeh dwom świnkom wagi 500 wzgl. 510 grm. nie wywołuje żadnego wstrząsu; spostrzeżono jedynie oddanie moczu przez jedną świnkę.

Pies B. Surowica krwi żylnej. Wstrzyknięcie śwince wagi 580 grm. Zwierzę pada na bok, drgawki bezładne, śmierć po pięciu minutach.

Surowica krwi tętniczej. Świnka wagi 550 gr. Lekkie zaburzerzenia, niedowład zwieraczy, świąd, przejściowa duszność w lekkim stopniu; wkrótce wszystko wraca do stanu prawidłowego.

Pies C. Surowica krwi żylnej. Świnka wagi 560 gr. W trzy minuty po wstrzyknięciu: silny wstrząs, drgawki trwające 10 minut. Porażenie poprzeczne, zaburzenia oddechowe. Następnie wydaje się, że zwierzę przychodzi do siebie, lecz po godzinie porażenie postępuje, duszność również i świnka ginie w końcu trzeciej godziny.

U drugiej świnki (wagi 450 gr.) śmierć następuje po 6 minutach wśród nader silnych drgawek.

Surowica krwi tętniczej wstrzyknięta dwom świnkom o wadze 450 i 600 gr.; u pierwszej wywołuje swiąd, podczas gdy u drugiej nie występuje żaden objaw nieprawidłowy. Takie same doświadczenia zostały przeprowadzone z innymi psami z wynikami zupełnie podobnemi.

Doświadczenia te pozwalają wnioskować, że surowica krwi żylnej jest zawsze więcej jadowitą niż surowica krwi tętniczej, co zgadza się w zupełności z uprzednio podanemi przez nas poglądami, dotyczącemi przyczyn jadowitości surowic ssaków dla zwierząt innego gatunku.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Metoda i wyniki leczenia napadów angina pectoris za pomocą naświetlania prom. Roentgena. C. Lian R. Barrieu i Nemours-Auguste. *Soc. Méd. des Hôpil, Nr. 21. 1928.*

Autorowie poddawali powyższemu leczeniu 30-tu chorych, którzy cierpieli na napady angina pectoris t. j. bóle napadowe w okolicy serca, promieniujące w stronę ramienia lewego z uczuciem trwogi i zbliżającej się śmierci. Należały tu przypadki, w których przyczyna schorzenia była bardzo różnorodna, a więc napady angina pectoris naczyniowo-sercowej (coronaritis, aortitis, nadparcie tętnicze), sercowej (zmiany na zastawkach serca, w szczególności aorty, zapalenia osierdzia, niedomoga mięśnia sercowego), odruchowej (aerogastrocolia, kamica żółciowa), toksycznej (zatrucie nikotyną) i neropatycznej (neurozy i zapalenia nerwów). Autorowie sądzą, że bezpośrednią przyczyną angina pectoris jest ból plexus cardiacus, wobec czego te właśnie okolice postanowiono naświetlać mimo, że próby wykonane przez Liana przed 5-ciu laty nie doprowadziły do pożądanego wyniku. Po długich próbach zastosowano następujący sposób leczenia: długość iskry 25 cm. (jest to t. zw. radioterapja półgłęboka) filtr. 5 do 8 mm aluminium. amperage: 2 miliampery: odstęp antykatody od skóry 30 cm. Naświetlano z tyłu i z przodu dzieląc okolicę naświetlaną na dwie części. Naświetlanie trwało 20 minut i odbywało się trzy razy na tydzień. Za każdym razem naświetlano tylko jedno pole. Całkowite leczenie przeprowadzono w ciągu 4 do 6-ciu tygodni.

Przy powyższym sposobie leczenia obawiać się można było dwuch ewentualności: wystąpienia niedomogi mięśnia sercowego i wzmożenia się napadów angina pectoris. Co się tyczy pierwszej ewentualności autorowie powołują się na dotychczasowe badania, które nie wykazały wpływu ujemnego promieni Roentgena na mięsień sercowy, zwłaszcza, że stosowano naświetlania półgłębokie, a więc znacznie słabsze niż np. naświetlanie raka piersi. Autorowie przekonać się mogli na własnym materjale, że powyższy sposób leczenia nawet u chorych z rozstrzenią serca i napadowym szybkoskurczem, niemiarowością serca niekiedy całkowitą — nie tylko nie spowodowało pogorszenia, ale nawet w niektórych przypadkach wywarło korzystny wpływ. Podczas naświetlań chroniono starannie tarczycę, aby uniknąć niepożądanych powikłań. Natomiast wielu chorych uskarżało się na ogólne zmęczenie, które jednak szybko ustępowało po zakończeniu leczenia.

Na 30-tu chorych tylko w trzech przypadkach napady angina pectoris nie ustąpiły tak, że musiano przerwać leczenie. W jednym przypadku nastąpiła śmierć, którą autorowie odnoszą do fatalnego zbiegu okoliczności, z czem u tego rodzaju chorych należy się liczyć. W pewnej ilości przypadków polepszenie występowało bardzo rychło po rozpoczęciu leczenia, u innych nieco później; zawsze jednak (w 26 przypadkach) wynik leczenia był korzystny i utrzymywał się przez kilka miesięcy. Ze względu na niedługi czas, jaki upłynął od chwili stosowania powyższego sposobu leczenia przez autorów, najdłuższa obserwacja poprawy wynosi 1 rok. Autorowie nie wątpią, że poprawa ta trwać będzie dłużej, w razie zaś nawrotów można powyższe leczenie przeprowadzić po raz wtóry z dodatnim skutkiem, jak to spostrzegano w dwuch przypadkach. Wystąpienie nawrotów jest tem bardziej prawdopodobne, że przyczyną napadów angina pectoris są bardzo często sprawy organiczne, które pod wpływem promieni Roentgena nie ulegają zasadniczej zmianie. Nie mniej jednak i w tych przypadkach poprawa, choćby czasowa, daje się osiągnąć, jak to wykazały badania autorów. Jako przeciwskazanie autorowie wymieniają tylko bardzo daleko posuniętą niedomogę mięśnia sercowego, zły stan ogólny i bardzo późny wiek chorego.

W dyskusji *Laubry* wyraża się z wielkim pesymizmem o powyższym sposobie leczenia. W badaniach własnych nie tylko nie otrzymał wyleczeń, ale nawet znaczne pogorszenie, względnie zejście śmiertelne, które według Laubry'ego należy odnieść nie do zbiegu okoliczności ale bezpośrednio do sposobu leczenia. Laubry nie zaprzecza wynikom otrzymanym przez *Arrilaga i Lian'a*, podkreśla jednak, że leczenie napadów angina pectoris zapomocą naświetlań promieniami Roentgena nie posiada dostatecznych podstaw. Nie jest bowiem do dziś dnia zupełnie pewnem, czy powyższe napady mają istotnie swe źródło w podrażnieniu plexus cardiacus, a metodyka naświetlań i mechanizm działania promieni Roentgena nie jest rzeczą również dostatecznie poznaną. Działając jedną nieznaną na drugą nieznaną otrzymujemy wypadkowe, których nigdy przewidzieć nie jesteśmy w stanie. Autor zapatruje się sceptycznie na rzekomą nieszkodliwość promieni Roentgena na serce i naczynia. Dla tego *Laubry* zaleca bardzo ostrożne przeprowadzanie dalszych badań w tym kierunku i żąda, by przed rozpoczęciem leczenia przestrzegać chorych o grożącem im ewentualnie niebezpieczeństwie.

M. Pinard przyłącza się całkowicie do wywodów *Laubry'ego.*

W odpowiedzi *Lian* podkreśla nieszkodliwość powyższej metody leczenia w swoich przypadkach, oraz tak wysoki odsetek poprawy, jakiego nie widział przy innym sposobie leczenia. W razie, gdyby w ciągu pierwszych naświetlań miało nastąpić pogorszenie stanu chorobowego, wówczas należy zawczasu przerwać naświetlania.

Leczenie migreny zapomocą ergotaminy. A. Tzanck. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 22. r. 1928*

Autor od szeregu lat zajmuje się leczeniem migreny i w tym celu stosował wstrzykiwania peptonu, węglanu sodu dożylnie, autohemo lub seroterapję, wstrząs autopeptonowy, zgłębnikowanie dwunastnicy, leczenie przeciwkiłowe. W wielu przypadkach żaden z powyższych sposobów leczenia nie dał pożądanego wyniku. Nawet morfina dawała tylko parogodzinne uspokojenie. Stosowanie środków, działających na układ wegetatywny, jak adrenalina, efedryna, pilokarpina i atropina często pozostawało bez skutku, dopiero stosowanie ergotaminy wpływało bardzo korzystnie na stan chorych. Ergotamina jest antagonistą adrenaliny i efedryny, t. zn. o ile ostatnie podrażniają układ nerwu współczulnego o tyle ergotamina osłabia napięcie tego nerwu. Ergotaminę należy zatem przeciwstawiać atropinie, która osłabia napięcie nerwu błędnego, podczas gdy pilokarpina, jak wiadomo, podrażnia nerw błędny.

W 8-miu przypadkach typowych migren (bóle głowy, wymioty, zaburzenia ze strony oczu), trwających od szeregu lat i opornych na leczenie, autor otrzymał poprawę, wyrażającą się znacznem przedłużeniem okresu międzynapadowego oraz możnością wstrzymania napadu. o ile chory w samym początku napadu zażył 2 mlgr. ergotamini tartarici. Z 3 przypadków bardzo ciężkiej migreny, niemal stałej, dwaj chorzy zostali uleczeni, u trzeciej chorej leczenie musiało być przerwane ze względu na bardzo silne bóle w brzuchu po zażyciu ergotaminy. W jednym przypadku migreny typu ocznego autor otrzymał wyleczenie. Podobne wyleczenie otrzymano też w przypadku, w którym typowa migrena przeszła w postać równoważnikową stałych wymiotów.

Autor stosuje 2 mlgr. ergotaminy dziennie, którą to dawkę tylko w wyjątkowych przypadkach przekracza. Zazwyczaj po pewnym czasie wystarcza podawanie 1 mlgr. dziennie. Przeszło 10-ciu chorych mogło zażywać 60 mlgr. ergotaminy miesięcznie nie tylko bez żadnej szkody, lecz z wielką dla siebie korzyścią. W przypadkach dłuższego podawania ergotaminy należy jednak chorych ściśle obserwować. Autor sądzi, że te korzystne wyniki otrzymuje się tylko w przypadkach migreny u osobników ze znaczną sympatikotonją.

W dyskusji *Flandin* przyłącza się całkowicie do wywodów *Tzanck'a.*

Przypadek macicznej niedomogi mięśnia sercowego. A. Lemiere, R. Garcin i J. Lacave-Laplagne. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 22 r. 1928.*

Oddawna znany jest wpływ niedomogi mięśnia sercowego na krwotoki maciczne w czasie ciąży, porodu i połogu. Wpływ schorzeń serca na krwawienia maciczne poza wspomnianemi okresami od niedawna dopiero jest przedmiotem badań, a pierwsze dokładniejsze wiadomości pod tym względem zawdzięczamy P. *Dalche'mu*, który w r. 1897 ogłosił pracę, poświęconą powyższemu tematowi. W szczególności zaś *Dalchè* wykazał, że objawy niedomogi mięśnia sercowego pod postacią biernego przekrwienia (zastoinowego) wyrazić się mogą jedynie i wyłącznie w macicy z ominięciem innych narządów, doprowadzając do obfitych nieraz krwotoków macicznych. Stan ten *Dalchè* nazwał asystolją maciczną (*asystolie utérine*), które to określenie nie jest bardzo szczęśliwe. Autor ten podkreśla, że w powstaniu asystolji macicznej obok niedomogi mięśnia sercowego gra też rolę i podłoże miejscowe, podobnie jak to widzimy w wątrobie lub nerkach. Niedomoga mięśnia sercowego znaleźć może swój wyraz wyłącznie w macicy dla tego, że narząd ten ulega przekrwieniom okresowym zarówno w warunkach fizjologicznych (perjod)), jak i patologicznych (włókniaki i t. p.). Znajomość istnienia macicznej postaci niedomogi mięśnia sercowego posiada dwojakie znaczenie kliniczne: przedewszystkiem krwawienia te mają charakter krwawień, powstałych z przyczyny miejscowej wskutek czego zasadnicza sprawa sercowa może ujść uwadze badającego, następnie znajomość przyczynowego stosunku między chorobą serca a macicą ma zasadnicze znaczenie dla celów leczniczych.

Autorowie opisują przypadek kobiety 50-cio letniej, która od 5-ciu lat cierpi na krwotoki maciczne znacznego stopnia, oporne na wszelkie leczenie, które doprowadziły do wtórnej niedokrwistości wyrażającej się liczbą 2,280,000 ciałek czerwonych w 1 mm krwi i 60% hemoglobiny. Badanie ginekologiczne u tej chorej wykazuje dość dużą szyjkę macicy z kilkoma przedarciami, które ją czynią nieregularną o spoistości nieco bardziej zbitej; przydatki są wolne, macica mała lecz ruchoma. Badanie serca wykazało istnienie zwężenia ujścia żylnego lewego, co przy poprzednich badaniach uchodziło uwadze. W moczu stwierdzono 1 pro mille białka. W przypuszczeniu, że krwawienia maciczne u chorej stoją w związku ze stanem serca, mimo braku jakichkolwiek innych objawów niedomogi mięśnia sercowego, autorowie zastosowali podawanie środków nasercowych, które w ciągu 4-ech dni wstrzymały całkowicie krwotok maciczny. Po chwilowem przerwaniu powyższego leczenia krwotok maciczny powrócił, został jednak rychło wstrzymany przez ponowne podanie digitaliny. Stan krwi również się poprawił. Autorowie podkreślają, że niedomoga mięśnia sercowego oprócz powyższych krwawień wyrażała się tylko lekkim białkomoczem i przyspieszeniem tętna, które to objawy po powyższem leczeniu również ustąpiły. Powyższa postać niedomogi mięśnia sercowego jest tem ciekawsza, że właściwy wielki zespół objawowy niedomogi serca nie wykazuje krwawień macicznych, jak to już podkreślił *Dalché*. Nie mniej jednak należy zachować nazwę asystolia uterina obok nazwy asystolia hepatica i asystolia renalis jako poddział w grupie asystolji miejscowej.

Nowy przypadek asystolia uterina. E. Bernard i Desbuquois. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 23, r. 1928.*

Na dowód, że przypadki asystolia uterina nie należą do rzadkości, autorowie podają historję choroby chorej 22-wu letniej, która zgłosiła się do szpitala ze stanem gorączkowym (39°C wieczorem) trwajacym od paru dni, z ogólnem osłabieniem i znacznymi krwawieniami macicznymi. Pierwsze przypuszczenie poronienia musiało upaść wobec braku jakichkolwiek zmian w narządach rodnych. W sercu stwierdzono zwężenie lewego ujścia żylnego, znaczne przyspieszenie tętna (do 140), małą ilość moczu (½ litra) i mierną niedokrewność. Przed dwunastu laty chora przechodziła gościec stawowy, który prawdopodobnie był przyczyną powstania wady zastawkowej. Po trzech dniach gorączka ustąpiła, a po 6-ciu dniach chora wstała i wówczas to

krwotoki maciczne znowu wystąpiły i nie dały się wstrzymać żadnymi środkami, stosowanymi miejscowo i ogólnie; badanie ginekologiczne nie wykazało żadnych zmian, tętno przyspieszyło się znów znacznie, a niedokrewność wzrosła. Wówczas rozpoczęto leczenie digitaliną, które po dwuch dniach spowodowało całkowite ustąpienie krwawienia macicznego, zwolnienie tętna oraz wzmogło ilość wydzielanego moczu. Od tego czasu minęło 7 miesięcy bez nawrotów krwotoków i jakiegokolwiek pogorszenia stanu serca. Wedle zalecenia autorów pacjentka co miesiąc przez przeciąg 6-ciu dni przyjmuje środki nasercowe w małych dawkach.

Autorowie podkreślają, że w powyższym przypadku wada serca nie doprowadzała dotychczas do żadnych objawów niedomogi mięśnia sercowego oraz, że krwawienie maciczne wystąpiło w 3 dni po perjodzie, przytaczając przytem zdanie *Dalché'go* „fizjologiczne przekrwienie czynne usposabia, umiejscawia i wzmaga patologiczne przekrwienie bierne". Co się tyczy podwyższonej ciepłoty w pierwszych dniach choroby, autorowie odrzucają możność istnienia sprawy na zastawkach serca i wyrażają przypuszczenie, że gorączkę odnieść należy do grypy.

Pokrzywka wywołana przez promienie słoneczne. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, J. Stehelin i Saidman. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 22. r. 1928.*

Autorowie podają przypadek chorej lat 43, która od lat 20-tu cierpi na szczególną wrażliwość, objawiającą się występowaniem pokrzywki pod wpływem działania promieni słonecznych. Pokrzywka ta występuje tylko na tych miejscach, które bezpośrednio były narażone na światło słoneczne. W przeciągu minuty wykwity osiągają swoje maximum pod postacią zlewających się guzków (placard) bardzo swędzących. Pokrzywka ta występuje po upływie paru minut naświetlania pełnem światłem słonecznem lub nawet wówczas, gdy światło jest nieco przyćmione przez chmury; warunki klimatyczne nie grają żadnej roli. Pokrzywka ta przebiega bez gorączki i względnie szybko ustępuje. Bliższe badania wykazały, że próg reakcji leży w dwuch minutach naświetlania lampą łukową o 8000 świec na odległość $^1/_2$ m. Promienie infraczerwone i ultrafjoletowe nie wywołują pokrzywki. Autorowie dla zmniejszenia wrażliwości chorej stosowali stopniowo wzmagające się nasilenie naświetlania, uzyskując w ten sposób poprawę o tyle, że próg wrażliwości podniósł się dwunastokrotnie tak, że chora znosi zupełnie dobrze rozproszone światło słoneczne i jest znacznie mniej wrażliwa na pełne światło słoneczne, nadto chora przyjmuje dwa razy dziennie po pół grama resorcyny. W dyskusji: *Flandin* podaje w krótkości historję choroby chorej lat 40-tu, u której promienie słoneczne wywoływały wystąpienie pokrzywki nietylko na miejscach skóry odsłoniętych, ale i na zakrytych. Badania wykazały, że skóra wrażliwa była na promienie infraczerwone, natomiast promienie ultrafjoletowe zdawały się wpływać raczej osłabiająco na występowanie pokrzywki.

Przypadek osteopsathyrozy. Pasteur Vallery-Radot, J. Stehelin i J. Mawas. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 22. r. 1928.*

Van der Hoeve opisał zespół składający się: ze szczególnej łamliwości kości w wieku dziecięcym, zabarwienia sinawo-niebieskiego twardówek i głuchoty. Łamliwość kości w wieku dziecięcym opisana była po raz pierwszy przez *Loboleina* w latach 1829 do 1833 pod nazwą: osteopsathyrosis. *Von Ammon* w r. 1891 opisał niebieskie zabarwienie twardówek; *Eddowes* w 1900 r. podkreślił współrzędność obu tych objawów oraz dziedziczność i rodzinne występowanie tego zespołu. *Van der Hoeve* i *Kleyn* w r. 1917 do powyższego zespołu dodali jeszcze głuchotę. Od czasu *Eddowesa* opisano już cały szereg podobnych przypadków. Autorowie podają następującą własną obserwację.

Chora lat 36 zwraca uwagę niebieskiem zabarwieniem twardówek. Wywiady u tej chorej przedstawiają się następująco: w 4-ym roku życia złamała nogę siadając gwałtownie na ziemi, w 10-tym roku życia złamanie ramienia po upadku z krzesłaj, do 14-tego roku życia kilkakrotne wywichnięcia stawów skokowych i napięstkowych. Wówczas to lekarz stwierdził, że chora ma kości jakby „z porcelany". Od dzieciństwa zauważono też niebieskawe zabarwienie twardówek. Zaburzenia słuchowe wystąpiły w 28-ym roku życia w lewem uchu, a w 31-ym r. ż. w prawem. Obecnie nie podobna wykazać za pomocą promieni Roentgena zmian w kościach, a nawet śladów dawnych złamań. Badanie oczu nie wykazuje również żadnych zmian ch-robowych, jedynie twardówka jest bardzo cienka, tak że przez nią prześwieca tęczówka. Badanie uszu wykazuje obecnie całkowitą głuchotę po stronie lewej i znaczny stopień niedosłyszenia po stronie prawej; nadto stwierdzono otospongiozę. Chora podaje nadto, że w 20-tym roku życia poddała się appendektomji. W 26-tym roku życia była leczona na zapalenie nerwu kulszowego, w 30-tym r. ż. przeszła ciężki dur brzuszny z zapaleniem gruczołu przyusznego i nerwu kulszowego, od tego też czasu perjody stały się bardzo skąpe i chora przybrała na wadze 15 kgr. w ciągu 3 miesięcy. W 34-tym r. ż. pęknięcie tęczówki i następowa zaćma na oku prawem, wywołana uderzeniem piłki tennisowej. Obecnie badanie kliniczne nie wykazuje zmian krzywiczych, ani też kiły dziedzicznej, lub wreszcie zaburzeń w wydzielaniu gruczołów wewnętrznych, poza skąpem miesiączkowaniem; nie mniej podstawowa spoczynkowa przemiana materji jest obniżona około 11%. Parcie tętnicze wynosi 12 do 8 i $^1/_2$ cm. Hg. Czas krwawienia — 4 minuty; czas krzepnienia krwi 6 i $^1/_2$ min. Obraz krwi: 4000000 ciałek czerwonych, 8000 leukocytów (w tem 58% wielojądrzastych obojętnochłonnych, 32% jednojądrzastych, 4% przejściowych i 3% limfocytów). Mocz bez zmian; mocznik we krwi 0.32 pro mille; zasób zasad 48% (*Van Slyke*); PH — 7.52; ilość wapnia 0.096 pro mille; odczyn Wa ujemny.

Co do występowania objawów w powyższym zespole wiadomem jest, że o ile spotykamy niebieskie zabarwienie twardówek bez osteopsathyrozy, o tyle ta ostatnia występuje tylko u osobników dotkniętych i poprzednią wadą. Zaburzenia słuchowe występują niestale, jako objaw ostatni u dotkniętych obydwiema powyższemi cechami. Charakter dziedziczny i występowanie rodzinne daje się stwierdzić w bardzo wielu przypadkach. I tak w danym przypadku siostra ojca chorej miała twardówki zabarwione na niebiesko, jednakowoż bez łamliwości kości i bez zaburzeń słuchowych. Badania anatomopatologiczne kości przeprowadzane były tylko przy pomocy Roentgena; wykazywano jedynie w niektórych przypadkach delikatną budowę trzonu, ilość fosforu i wapnia we krwi była zawsze prawidłowa. Co się tyczy patogenezy i etjologji: nie

wiadomo nic pewnego. Większość autorów podkreśla zaburzenia w wydzielaniu poszczególnych gruczołów dokrewnych, względnie niedomogę wielogruczołową. Inni, jak *Eddowes, Van der Hoeve* i t. d. uważają powyższy zespół chorobowy za wyraz niedomogi mezenchymy pierwotnej. Lecz i ta teorja nie przyczynia się do wyjaśnienia sprawy.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Zwichnięcie palca dużego dłoni w stawie dłoniowopalcowym do przodu i nazewnątrz. Palmer. *La Presse méd. Nr. 56, lipiec 1928.*

Autor uważa dotychczasowy podział tego rodzaju zwichnięć według Farabeufa, zależny od przemieszczenia ścięgna mięśnia prostującego palec za nieścisły; jedynie miarodajnem jest tu wzajemne względem siebie przemieszczenie końców stawowych. Rozróżnia on: 1) zwichnięcie palca do przodu — nasada paliczka podstawowego przemieszcza się na dłoniową powierzchnię 1 kośc. śróddłonia; 2) zwichnięcie do przodu i nawewnątrz — palec skręcony jest swą powierzchnię paznokciową w stronę promieniową; i wreszcie 3) zwichnięcie do przodu i nazewnątrz — palec zostaje skręcony swą powierzchnią paznokciową w stronę łokciową, przyczem ścięgno mięśnia prostującego kciuk albo pozostaje na miejscu, albo zostaje przemieszczone nazewnątrz poza guzek tylnozewnętrzny główki kości śróddłonia — w tym ostatnim przypadku, wskutek zahaczenia się tego ścięgna o wyżej zaznaczony guzek do nastawienia zwichnięcia może nie wystarczyć stosowane zwykle pociąganie za palec w kierunku obwodowym.

Wypełnianie ubytków kostnych i w tkankach miękkich zapomocą protez kauczukowych. Delbet. *Revue de chir. Nr. 5, 1928.*

Autor w swej pracy kliniczno-doświadczalnej (na psach) uzasadnia przewagę kauczuku nad innym materjałem do wytwarzania tego rodzaju protez; kauczuk w tkankach żywych nie ulega prawie żadnym zmianom w ciągu całego szeregu lat, i odwrotnie — w warunkach zupełnej jałowości nie wywołuje ze strony otaczających tkanek miękkich nigdy większego odczynu zapalnego, właściwego obecności ciał obcych wogóle. Zależy to prawdopodobnie od pewnego pokrewieństwa chemicznego między tkankami żywemi i kauczukiem w związku z ich budową kolloidalną. Autor stosował z powodzeniem protezy kauczukowe w następujących przypadkach: w celu przeszkodzenia powstaniu zrostów między ścięgnem i jego podłożem na palcu dłoni, umocowując między niemi cienką blaszkę kauczukową na stałe; w celu wypełnienia rozległych ubytków mięśniowopowięziowych ściany brzusznej— blaszkę kauczukową należy umieszczać jak najgłębiej, na samej otrzewnej, zwężając ponad tem możliwie otwór mięśniowopowięziowy; wreszcie autor wypełniał zapomocą kauczuku ubytki kostne w kościach długich kończyn — w tym ostatnim przypadku spostrzegał żywy odczyn przerostowy ze strony brzegów ubytku kostnego, masy kostne obrastały intensywnie od brzegów końce protezy kauczukowej, co naturalnie, ze względu na ostateczny wynik operacyjny, jest zjawiskiem bardzo pożądanem.

W części szczegółowej swej pracy autor podaje dosyć dokładnie technikę wykonywanych przez siebie zabiegów.

Przegląd najnowszych prac z dziedziny chirurgji dziecięcej i ortopedji. Mouchet i Roederer. *Paris Méd. Nr. 29, lipiec 1928.*

I. *Valliet* wypowiada się na temat wskazań do laminektomji w chorobie Potta. Jedynym środkiem, który jest w stanie zapobiec w tej chorobie wystąpieniu objawów nerwowych (paraplegia), jest dokładne i jak najwcześniejsze unieruchomienie ogniska chorobowego; nawet w razie wystąpienia objawów porażennych przedewszystkiem należy uciec się do unieruchomienia; dopiero jeśli pomimo unieruchomienia w ciągu roku nie widać poprawy najmniejszej, albo jeśli przeciwnie stan ulega pogorszeniu, wskazanem będzie wykonanie laminektomji.

II. *Calvé* zwraca uwagę na pewne rzadkie schorzenie kręgów u dzieci (osteochondritis vertebrae infantilis), imitujące chorobę Potta. Wiek 5—10 lat, bolesność uciskowa jednego z wyrostków kolczystych kręgów piersiowych, sztywność kręgosłupa, powolne wytwarzanie się gibbus angularis — oto jego objawy kliniczne; radjologicznie zmiany dotyczą trzonu jednego z najniższych kręgów piersiowych i polegają na spłaszczeniu ośrodkowego jądra kostnego przy zwiększonem uwapnieniu całego trzonu i braku jakichkolwiek zmian ze strony sąsiednich chrząstek międzykręgowych. Schorzenie to ma charakter dobrotliwy, zmiany z biegiem czasu znikają i następuje wygojenie. Co do istoty swej schorzenie powyższe zbliżone jest do osteochondritis coxae scaphoiditis tarsi i t. p.

Uwagi ogólne w sprawie leczenia miejscowego gruźlicy kręgosłupa. Delchef. *Paris Méd. Nr. 29, lipiec 1928.*

Jak wiadomo, skala ciężkości tego schorzenia jest bardzo rozległa — od przypadków bardzo lekkich (o umiejscowieniu w części lędźwiowej), które ulegają samoistnemu wygojeniu, nie zwróciwszy specjalnej uwagi chorego i często nierozpoznawane przez lekarza, do przypadków bardzo ciężkich jak np. przy umiejscowieniu ogniska chorobowego w górnych kręgach szyjowych, które w każdej chwili mogą dać zejście śmiertelne. Następnie, duże trudności sprawia często orzeczenie, kiedy chorego takiego można uważać za wyleczonego. Sprawy powyższe, obok konieczności uwzględnienia niesłychanie ważnego w tej chorobie leczenia ogólnego i ewentualnych powikłań (ropnie opadowe, przetoki, odleżyny, objawy rdzeniowe, obecność innych ognisk gruźliczych), grają ogromną rolę przy wyborze odpowiedniej metody leczenia miejscowego choroby Potta.

Zwykłe ułożenie poziome chorego na twardem podłożu wystarcza tylko w wyjątkowo dobrotliwie przebiegających przypadkach i nizkiem umiejscowieniu, ograniczeniu procesu chorobowego do 1 — 2 kręgów i bez tendencji do rozpadu.

Stały wyciąg o punkcie oporu na żuchwie może mieć zastosowanie tylko czasowe, podyktowane przez specjalne warunki, i to przy umiejscowieniu ogniska wysokiem; á la longue sposób ten nie odpowiada celowi.

Metodą z wyboru jest unieruchomienie kręgosłupa zapomocą opatrunku gipsowego, który będąc prawidłowo nałożony, daje dokładne unieruchomienie ogniska chorobowego i w związku z tem sprowadza szybkie ustąpienie bólów, zabezpiecza przed następowem zniekształceniem kręgosłupa i pozwala na bezpieczne przenoszenie się chorego z miejsca na miejsce; wycięcie okna na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzucha umożliwia choremu swobodny oddech; ewentualne odleżyny pod opatrunkiem zdarzają się bardzo rzadko i są następstwem błędu techniki gipsowania, a następowe zaniki mięśniowe zależą przedewszystkiem od bezpośredniego wpływu ogniska chorobowego.

Działanie podobne, tylko mniej pewne, mają łóżka gipsowe i aparaty ortopedyczne, które stosuje się zwykle u chorych już na wyleczeniu.

Autor jest gorącym zwolennikiem operacyjnego usztywnienia kręgosłupa na drodze wywołania zrostu między poszczególnemi kręgami w zakresie wyrostków kolczystych; pierwszeństwo oddaje sposobowi Albee'ego, który już po 6 miesiącach daje mocne i trwałe unieruchomienie kręgosłupa i robi zbędnem noszenie przez chorych takich różnych aparatów usztywniających. Operacja Albee'ego daje tym lepsze wyniki, im wcześniej została wykonana, dopóki kręgosłup nie uległ znaczniejszemu wygięciu.

Leczenie złamań kości udowej poniżej krętarzowych. Weitzel. *La Presse Méd. Nr. 57, lipiec 1928.*

Złamania te naogół dają rokowanie poważne ze względu na znaczne zwykle przemieszczenie odłamów, których zestawienie jest trudne do osiągnięcia na drodze zwykłego wyciągu, ze względu na opóźniony zrost, ewentualnie zupełny jego brak, wskutek interpozycji mięśni, wreszcie ze względu na znaczne zaburzenia czynnościowe po zagojeniu— wskutek dużego skrócenia kończyny, wygięcia jej osi, zesztywnienia stawów sąsiednich. Dlatego też leczenie tego rodzaju złamań przedstawia duże trudności i zwykłe sposoby lecznicze nie znajdują tutaj zastosowania.

W złamaniach zamkniętych metodą z wyboru będzie szew kostny, który daje tu bardzo dobre wyniki przy braku jakichkolwiek trudności technicznych; w przypadkach, powikłanych stanem gorączkowym, należy zaczekać z zabiegiem do chwili jego ustąpienia, poprzestając narazie na zastosowaniu wyciągu przy pomocy klamry Steinmanna, wbitej w okolicę kłykci kości udowej. W złamaniach otwartych należy, po wykonaniu toalety rany, zestawić odłamy krwawo, wyciąwszy przegradzające je części miękkie, i założyć wyciąg zapomocą klamry Steinmanna jak wyżej.

Trzeba jednakże pamiętać o tem, że taka klamra Steinmanna nieraz powoduje bolesne zapalenie kości w miejscu zastosowania i utrzymujący się dłużej odczyn ze strony stawów w postaci zesztywnienia, co czyni koniecznem następowe dłuższe stosowanie mechanoterapji,

Gastralgje odruchowe pochodzenia macicznego. Jacquet i Girode. *La Presse Méd. Nr. 59, lipiec 1928.*

Autorowie zwracają uwagę na pewien częsty objaw chorobowy u kobiet chorych ginekologicznie, polegający na występowaniu bólów w okolicy żołądka o typie zupełnie nieprawidłowym, bez związku z jedzeniem, trybem życia, porą dnia; bólom tym nie towarzyszą żadne zaburzenia żołądkowokiszkowe, sam brzuch bywa przy ucisku niebolesny. Chodzi tu o bóle odruchowe, mające swój punkt wyjścia w macicy zmienionej chorobowo (metritis, retroversio uteri nieodprowadzalna). Bóle te nie poddają się żadnemu leczeniu wewnętrznemu i farmakologicznemu; nasilają się w miarę pogorszenia się stanu macicy i ustępują równolegle do przycichania objawów zasadniczego cierpienia ginekologicznego.

Rak dna żołądka. Cain, Marchand i Augier. *La Presse Méd. Nr. 62, sierpień 1928.*

Klinicznie raki dna żołądka mało różnią się od pozostałych raków górnej połowy żołądka, ponieważ jedne i drugie cechują przedewszystkiem bolesne zaburzenia w połykaniu; zasługują one jednak na specjalne omówienie ze względu na swoje umiejscowienie i wynikające ztąd szczególne objawy radjologiczne. Raki te bywają ściśle umiejscowione w dnie żołądka (okolica wpustu bywa zawsze wolna) i dopiero w późnym okresie swego rozwoju przechodzą na resztę trzonu. Ich wzrost jest szybki (duże guzy), charłactwo rozwija się wcześnie i również szybko postępuje. Rozpoznanie bywa naogół trudne, ponieważ objawy fizykalne choroby są nikłe. Rozstrzyga wyłącznie badanie radjologiczne, i to przeprowadzone w specjalny sposób. Przy prześwietlaniu żołądka w pozycji stojącej, a nawet do pewnego stopnia i leżącej papka kontrastowa wypełnia dolną jego połowę, a w górnej zbiera się pęcherz powietrzny, co powoduje, że nawet przy dużym guzie w dnie żołądka wynik badania jest ujemny; dopiero przy ułożeniu chorego w pozycji Trendelenburga pęcherz powietrzny przemieszcza się ku dołowi, a papka kontrastowa, przeniknąwszy do dna żołądka, daje tu typowy obraz raka.

Pęknięcia urazowe śledziony. Carajannopoulos. *La Presse Méd. Nr. 65, sierpień 1928.*

Pęknięcia śledziony przebiegają nieraz w pierwszych godzinach po urazie tak skrycie, że nie dają narazie wyraźnych wskazań do natychmiastowej operacji; dopiero po pewnym mniej lub więcej długim okresie czasu (w jednym przypadku po 11 dniach), po wysiłku fizycznym występują nagle objawy gwałtownego krwotoku do jamy otrzewnowej, które mogą doprowadzić do śmierci, zanim zdąży się wykonać operację. Ten zdradliwy przebieg choroby każe zachować specjalną ostrożność wobec tego rodzaju chorych. Właściwe rozpoznanie ułatwią tu pewne objawy dla pęknięcia śledziony dosyć charakterystyczne t. j. stopniowe powiększanie się częstości tętna (możliwe do stwierdzenia już w odstępach dwugodzinnych), powtarzające się omdlenia i podniesienie się ciepłoty (do 38,5°), występujące prawie zaraz po urazie. Miejscowo znajdujemy: bóle samoistne w okolicy podżebrza lewego, bolesność uciskową i obronę mięśniową w tem miejscu i wreszcie badanie przez odbytnicę, które w pierwszych chwilach po wypadku nie wykrywa nic szczególnego, po pewnym czasie

wykaże stopniowe wypełnianie się płynem (krew) jamy *Douglasa*. Z chwilą rozpoznania pęknięcia śledziony z operacją naturalnie zwlekać nie należy, gdyż samoistnemu wyleczeniu bez interwencji chirurgicznej ulegają wyłącznie rzadkie dosyć postacie pęknięcia śledziony, przebiegające bez przerwania ciągłości jej torebki.

M. Czyżewski

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Przypadek zatrzymania częściowego łożyska po porodzie z późno występującemi objawami. Desnoyers, Digonnet. *Bull. d. l. Soc. d'Obstétrique. et de Gynecologie Nr. 3, 1928.*

Na 11-ty dzień po porodzie prawidłowym wystąpiło krwawienie z odejściem skrzepu zawierającego kawałeczek łożyska a ciepłota dotychczas, podgorączkowa, podniosła się do 39°C. Następnie ciepłota opadła do 37,3 i dopiero po 2 dniach położnica przewieziona została do Maternité.

Badanie stwierdziło wewnątrz macicy uszypułowany zrost łożyska, który usunięto ostrożnie palcem.

Tego samego wieczoru wystąpił dreszcz i temp. 40°6, tętno 120. Myślano wówczas o wycieciu macicy, lecz wobec poprawy stanu klinicznego, jaka wystąpiła dni następnych, odstąpiono narazie od tego zamiaru. Dopiero na 5 dzień po wspomnianym wyżej zabiegu stan ogólny zmusił autorów do szukania ratunku w operacyjnem wycięciu macicy, jednakowoż podczas operacji chora zmarła.

Pośmiertne badanie macicy wykazało w jej ścianie 2 ropnie, jeden w okolicy isthmus, drugi w przedniej ścianie. W ropniach tych, jak również w jamie macicy i za życia—we krwi chorej stwierdzono paciorkowce, scisłe beztlenowce, niehemolityczne; próba na jadowitość za pomocą injekcji dożylnej i podskórnej królikowi (starej 8-mio dniowej hodowli) dała wynik ujemny.

W dyskusji *Couvelaire* popiera całkowicie zdanie autorów, co do niebezpieczeństwa zabiegów wewnątrz macicznych w połogu i tak określa swoje stanowisko co do omawianej sprawy:

Jeżeli ostrożne badanie stwierdzi zrazik łożyskowy wolny, już oddzielony, należy go usunąć, jeżeli po tym zabiegu występują i nie ustępują natychmiast objawy zakażenia, należy wyciąć macicę.

Jeżeli badanie stwierdzi przyrośnięty zrazik łożyskowy, to nienależy go usuwać, lecz natychmiast wykonać wycięcie macicy; podobnie należy postąpić, jeżeli badanie nie wykazuje pozostałości łożyska, lecz powtarzające się krwawienie i objawy zakażenia nie ustępują.

Podobne stanowisko zajęli: *J. L. Faure i Le Lorier.*

Rozejście się stawów miednicy i jego stosunek do mechanizmu Porodowego. R. Keller. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII Nr. 5.*

Na zasadzie 8 spostrzeganych przez się przypadków autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Rozejście obręczy miednicy w czasie porodu samoistnego może mieć miejsce we wchodzie, o ile istnieje niestosunek pomiędzy główką i wchodem miednicy;

2. Rozejście się spojenia łonowego może stać się w momencie, kiedy główka dokonywa zwrot w próżni miednicy, dzięki nadmiernemu jednostronnemu ciśnieniu na ramię kości łonowej; również staw krzyżowo-biodrowy po stronie przeciwnej zazwyczaj wówczas ulega uszkodzeniu;

3. W miednicy lejkowatej rozejście się spojenia łonowego może mieć miejsce na skutek działania główki będącej we wychodzie; ramiona kości łonowej stanowią wówczas dźwignię, która spowoduje rozejście się spojenia łonowego od dołu ku górze.

4. Siła skurczów macicy, połączonych z parciem tłoczni brzusznej, jak również szybkość porodu odgrywają pewną rolę w pęknięciu obwodu kostnego miednicy;

5. Zazwyczaj obok rozejścia się jednego stawu jednocześnie ulegają uszkodzeniu inne stawy miednicy; w przypadkach, gdzie tylko jeden staw jest dotknięty, stawem tym bywa spojenie łonowe;

6. Schorzenie omawiane zazwyczaj nie daje objawów w czasie porodu, to też rozpoznawane bywa dopiero w połogu;

7. Wyleczenie całkowite pod względem czynnościowym jest prawidłem w omawianych przypadkach.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Gruźlicze zapalenie opon mózgowych, a ropień mózgu. Retrouvey i Dervillé. *Revue de lar, d'otol. t. 49; nr. 8, 1928.*

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ropniem mózgu (=r) a zapaleniem opon mózgowych gruźliczem (=z) jest czasem niezmiernie trudne lub wręcz niemożliwe, zwłaszcza gdy r. wykazuje tylko odczyn opon bez objawów ogniskowych, a z. ma przebieg atypowy. Trudność zwiększa się, gdy chory, jak to bywa często po szpitalach, przychodzi w opiekę lekarską w okresie zamroczenia i gdy brak wywiadu. Nie ma znaczenia rozstrzygającego żaden z objawów klinicznych, jak badanie uszu, tętna, temperatury, stanu odżywienia, świadomości, dna oka, zaburzeń ogniskowych, ani żaden z objawów pracownianych, jak badanie krwi z płynu mózgowo-rdzeniowego, jakkolwiek co do krwi, to przewaga limfocytów, a co do płynu mózgo-rdzeniowego to może znaczniejsze zwiększenie białka, przy obniżeniu cukru i soli kuchennej silnie przemawia za gruźlicą. Na potwierdzenie swych tez przytacza autor historje chorób dwuch przypadków, obu śmiertelnie zakończonych; jednego ropnia, potwierdzonego zabiegiem, drugiego zapalenia opon, potwierdzonego sekcją. Zdaniem autora w każdym wątpliwym przypadku — wobec bezwzględnie złego rokowania w z. wskazana jest operacja. (Sprawozdawcy wydaje się, że takie twierdzenie ma więcej teoretyczne znaczenie, gdyż mało który operator zdecyduje się na zabieg, nawet podejrzywając ropień mózgu, nie mając wskazówek, gdzie go szukać).

Przyczynek do nauki o zapaleniu nerwu ocznego pozagałkowem (neuritis retrobulbaris). Coulet. jw

Autor omawia intrygującą sprawę ostrej ślepoty bez zmian na dnie oka i leczenie tego cierpienia,

przytaczając historje chorób siedmiu takich przypadków. Z tych autor wyleczył 6 metodami rinologicznemi, w jednym leczenie było bezskuteczne, a ślepota (jednego oka) utrzymała się. Z pozostałych sześciu w dwuch,—leczonych tylko zachowawczo tj. adrenaliną lub lekką galwanokaustyką średniej muszli lub uchyłka klinowo-sitowego — autor przyjmuje możliwość samoistnego (non propter, sed post therapiam) cofnięcia się zmian, stosunkowo świeżych. W pozostałych czterech, leczonych chirurgicznie, uważa autor wyleczenie jako niewątpliwywy nik leczenia rhinochirurgicznego, polegającego na amputacji częściowej muszli średniej lub otworzeniu komórek sitowych, a to mimo, żé nie można było na tych tworach wykazać klinicznie zmian chorobowych ani przed zabiegiem, ani podczas niego. Podobnie jak inni autorowie, piszący o tym przedmiocie np. *Caneghem*, uważa autor jako prowdopodobne działanie odruchowe rozszerzające zabiegu na skurcz naczyń nerwu ocznego, nie mogąc jednak rozstrzygnąć, czy czynnikiem działającym jest otworzenie chorych komórek, nagłe wprowadzenie do nich powietrza („aération") czy też nagły upust krwi w sąsiedztwie nerwu wzrokowego.

Rozważania o wpływie nerwu współczulnego na ucho wewnętrzne. Portmann i Maisonobe. *Revue de lar., d'otol. t. 49. nr. 9. 1928.*

Autorzy opisują i poddają rozbiorowi dwa przypadki. W jednym (1) po wyłuszczeniu guza głębokiego okolicy nadobojczykowej, które nadwerężyło gałązki współczulne idące do tętnicy kręgowej, wystąpiły zaburzenia z powodu nagłego wyłączenia wpływu nerwu współczulnego na ucho wewnętrzne, w drugim (2) przeciwnie — zaburzenia, spowodowane działaniem nerwu tego dały powód do sympatykektomji leczniczej obustronnej, przyczem z powodu przypadkowego zranienia trzeba było podwiązać lewostronną tętnicę szyjną. Autorowie dochodzą do wniosku, że nerw współczulny drogą zmian w ukrwieniu błędnika wywiera znaczny wpływ na jego czynności i że fakt ten można wykorzystać leczniczo w przypadkach zawrotów i szumu w uszach pochodzenia błędnikowego. Sympatykektomia wywołuje przekrwienie błędnika; w związku z tem mogą zeczone objawy chorobowe ustępować, a równocześnie słuch zaostrza się, coprawda tylko na pewien okres czasu. Sympatykotomia wywiera wpływ podobny, lecz trwalszy, jak kokainizacja górnego zwoju szyjnego. Z opisem przypadku 2) łączą autorowie ciekawe spostrzeżenie, że podwiązanie tętnicy szyjnej u 76-letniej staruszki nie wywołało żadnych zaburzeń. Autorowie tłomaczą to tem, że równoczesna sympatykektomia, wywołując przekrwienie mózgu, przeciwdziałała niekorzystnym następstwom niedokrwienia z powodu podwiązania.

Rak migdałka. Despons. *Revue de lar. d'otol. t. 49, nr. 9 i 10, 1928.*

Rak migdałka w jego najrozmaitszych formach wczesnych i późnych, jego symptomatologia, rozpoznanie różniczkowe i leczenie są szczegółowo omówione. Co do rozp. różniczkowego trzeba uwzględnić ze spraw ostrych wrzodziejące zapalenie migdałka i „angina ulcero-membranacea", z przewlekłych gruźlicę (la tuberculeuse ulcero-caséeuse) i tocznia, jakoteż kiłę we wszystkich jej okresach tj. wrzodu pierwotnego, kłykciny sączącej i kilaka z pośród zmian wrzodziejących, zaś z niewrzodziejących: zwykły przerost migdałka; z nowotworów włókniak, brodawczak, mięsak i gruczolak limfatyczny. Wyniki leczenia bez względu na metodę są bardzo ponure. Co do metod leczenia zdania są podzielone. Wogóle przechyla się w świecie lekarskim szala na korzyść metod zachowawczych, a pośród chirurgicznych na korzyść metod wewnątrzustnych w przeciwieństwie do zewnętrznych, w obu zaś razach na korzyść znieczulenia miejscowego w przeciwieństwie do ogólnego uśpienia; jako najczęstszej przyczyny bezpośredniego zejścia śmiertelnego. Co się tyczy metod zachowawczych, to wchodzą w rachubę diatermo-koagulacja jako bezkrwawa metoda półchirurgiczna, rad od strony śluzówki (powierzchownie i głęboko) i od strony skóry, wreszcie głębokie naświetlanie Roentgenem. Ta ostatnia metoda w przypadkach wczesnych daje 5 — 10°/₀ wyleczeń trwałych t. j. ponad 3 lata. W przypadkach b. późnych wszystkie metody są bezwartościowe. W razie leczenia krwawego konieczne jest wyłuszczenie gruczołów, najlepiej obustronne. *Sebileau* dzieli raka migdałka na dwie grupy. Pierwsza rozwija się zrazu na powierzchni, a dopiero później wgłąb (cancèrs cavitaires). Ta nadaje się we wczesnym okresie i gdy jest dobrze odgraniczona, do zabiegu krwawego wewnątrzustnego. Druga forma (*cancèrs pariétaux*) nie nadaje się wogóle do zabiegu operacyjnego, a raczej do fizykalnego leczenia. *Portmann* rozróżnia 3 okresy leczenia operacyjnego: 1) Wyłuszczenie gruczołów szyjnych i podszczękowych i podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej, 2) igły radowe, wkłuwane do guza, 3) uzupełniające leczenie radem lub Roentgenem od zewnątrz. W razie nawrotów gruczołowych ponowne wyłuszczenie, gdy to niemożliwe — Roentgen. Co do konieczności zapobiegawczego przedoperacyjnego rozcięcia tchawicy zdania są podzielone. W wypadkach straconych stosuje się rozcięcie tchawicy tylko w razie duszności. W trakcie leczenia fizykalnego stosuje się zapobiegawcze podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej (krwotoki następowe). W wypadkach straconych zaleca autor płukanie ust płynem: adrenalina 1°/₀₀ 5,0, extracti thuyae 10,0, tincturae Eucalypti 15,0, glycerini neutr. 150,0 albo: adrenalini 1°/₀₀ 5,0, extracti chelidonii 10,0, glycerini neutr. 200,0. W obu wypadkach łyżeczkę kawową na pół szklanki wody letniej gotowanej. Przeciw bólom zadmuchiwanie 3 r. na tydzień proszku na owrzodzenie: cocaini hydrochlorici 0,20. Scuroform, orthoform, gummi tragacanthae ää 5,0.

A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Limfosarcoma skóry głowy. Pautrier, Metzger i Diss. *Bull. de la soc. fr. de derm. et de syph. T. 35. Nr. 2.*

Autorowie przytaczają trudny do rozpoznania i sklasyfikowania przypadek — mnogich guzów skóry owłosionej u 47 letn. mężczyzny.

Były to guzy wielkości orzecha, częściowo spojone z tkanką podskórną i kośćmi czaszki. Tak jak we wszystkich tego rodzaju przypadkach rozważania djagnostyczne dotyczyły ziarniniaka grzybiastego (myc. fung.), białaczkowych nowotworów, mięsaka i postaci przejściowych (myeloma, chloroma). Badanie krwi pozwoliło wyłączyć białaczkę. Badanie

histologiczne wykazało skupienie limfocytów małych — oraz dużych limfoidalnych komórek z kwasochłonną zarodzią i dużemi pęcherzykowatymi jądrami. Autorowie rozpoznają limfosarcoma.

Nawrot liszaja czerwonego po leczeniu treparsolem. Hufschmitt. *Bull, de la soc. fr. de Derm, et de syph. R. 35. Nr. 2.*

Autor obserwował chorego, u którego po urazie wystąpił liszaj czerwony płaski. Zmiany skórne cofnęły się pod wpływem treparsolu podawanego doustnie, lecz po 8 miesiącach nastąpił nawrot; autor sądzi, że leczenie stosowane przez dłuższy czas mogłoby zapobiec nawrotowi.

Liszaj czerwony i rentgenoterapja. Gouin i Bienvenue. *Bull. de la soc. fr. de Derm. et de syph. R. 35. Nr. 2.*

Autorowie nie uważają swojej metody leczenia liszaja czerwonego — (naświetlanie lędźwiowej części kręgosłupa) za radjoterapję korzonkową (radjoterapie radiculaire) w tym ostatnim przypadku wyniki lecznicze można by osiągnąć jedynie w zakresie unerwienia odpowiednich korzonków; w metodzie autorów chodzi o działanie ogólniejsze, bowiem wykwity giną nawet w oddalonych odcinkach skóry.

Liszaj czerwony i rentgenoterapja. Gouregot, Carteaud i Zimmern. *Bull. de la soc. franç de Derm. et de Syph R. 35. Nr. 1.*

Autorowie stosowali w jednym przypadku liszaja czerwonego naświetlanie promieniami X metodą *Gouin i Bienvenue.*

Wynik nie był zadawalniający, bowiem wystąpił nawrot na kończynach górnych, na odcinkach naświetlonych wykwity nie ustąpiły całkowicie, na obwodzie zaś naświetlanego ogniska wystąpiły świeże guzki.

Zmiany naczyniowe i nerwowe w przypadkach t. zw. sarkomatozy Kaposiego. Pautrier i Diss. *Bull. de la soc. franç de derm. et de Syph. R. 35. Nr. 2.*

Autorowie tworzą nową koncepcję histogenetyczną w stosunku do mięsakowatości *Kaposiego.* Wedle nich jest to rozrost nowotworowy zakończeń i otoczek nerwowych, jest to zatem schorzenie mające pewien pokrewny mechanizm powstawania z chorobą Recklinghausena.

Badanie histologiczne: liczne naczynia krwionośne i limfatyczne w głębokich i powierzchownych warstwach skóry. Autor odróżnia naczynia krwionośne dwuch typów: jedne są złożone ze śródbłonków i cienkiej warstwy kollagenu; inne (spotyka się je częściej) mają ścianki grubsze, zbudowane nie tylko z włókien tkanki łącznej, lecz i z włókien mięsnych; po za tem spostrzega się w ściance tych naczyń duże komórki z pęcherzykowatem jądrem i kwasochłonną plazmą; wśród tych komórek spostrzega się włókna nerwowe, zazwyczaj bez myeliny, czasem otoczone typowemi komórkami Schwanna. Na obwodzie naczyń spostrzega się nacieki limfocytarne.

W innych guzach (podskórnych) odróżnić można dwie warstwy — centralną z licznemi wybroczynami — składa się ona w znacznej mierze z komórek Schwanna i zewnętrzną gąbczastą — zawierającą znaczną ilość naczyń. Naczynia tego guza są również rozmaite — cienkość ścianki jednych tłomaczy obecność wylewów krwawych; w ściankach innych jest obecny wyżej opisany aparat neuro-mięśniowy.

Wśród naczyń znajdują się liczne komórki Schwanna ułożone czasem w sposób przypominający budowę ciałek Wagnera-Meissnera.

Autorzy sądzą że sarkomatoza Kaposiego polega na bujaniu neuro-myo-arterjalnego aparatu.

Czy choroba Kaposiego jest istotnie mięsakiem? Nicolas, Favre. *Bull. de la soc. Franç de Derm. R. 35. Nr. 2.*

Autorowie spostrzegali w ciągu 12 lat przypadek opisywanej choroby, dobry ogólny stan chorego, brak przerzutów oraz cofanie się samoistne wykwitów obala to przypuszczenie.

O leczeniu wilka rumieniowatego krysolganem. Nicolan i Schmitzer. *Rev. franc de derm. et de venereol. T. 4. Nr. 1.*

Autorowie leczyli 66 chorych na lup. erythemat. krysolganem; pierwszą serję (23 chorych) leczono dużemi dawkami, począwszy od 0.02 gr. — co tydzień. Z tych 23 chorych u 9 chorych spostrzeżono rozmaite powikłania (nerki, skóra, jelita). Drugą serję (43 chorych) leczono dawkami małemi (od 0.0001 do 0.1 gr. co 10 dni) — z tych chorych tylko u 2 spostrzeżono lekkie podrażnienie nerek.

Wyniki lecznicze były niezłe, bo jak autorzy twierdzą, osiągnęli oni uleczenia w 51,5% przypadków oraz polepszenie w 41%.

Postaci z wielką hyperkeratozą były bardzo uporczywe, natomiast łatwiej osiągano wyników dodatnie w postaciach powierzchownych rumieniowatych — t. zw. erytheme centrifuge.

Przyczynek do poznania poronnych postaci choroby Recklinghausena. Jorge i Brachetto-Brian. *Bull. de l'assoc. franc pour l'etude du cancer, T. 16. Nr. 2.*

8 letni chłopiec od wczesnej młodości ma napady drgawek z utratą przytomności i przygryzaniem języka. Od 4-ego roku życia na języku wytworzyły się niewielkie twarde guzy, których liczba stopniowo powiększa się. Na wewnętrznej powierzchni warg guzy identyczne ze spostrzeganymi na języku. Odczyn Wassermana w surowicy krwi chochorego ujemny; odczyn Abderhaldena dał wynik dodatni z tkanką jajników i słabo dodatni z przysadką i tarczycą. Badanie histologiczne guzów z języka wykazało że są to neurofibromata; guzy te autor uważa za prawdziwe nowotwory.

Mnogie guzy na wykwitach wilkowych. Milian, Pèrin i Delarne. *Rev. franc. de dermat. et de venereol. 1927. Nr. 12.*

Autorowie spostrzegali 42 letnią kobietę, która od 30 lat cierpiała na gruźlicę skóry twarzy. U kobiety tej powstał na prawym policzku guz, który jak wykazało badanie histologiczne, był włókniakiem i mięśniakiem gładko-komórkowym (fibroleiomyoma). Zabieg operacyjny i plastyka dla usunięcia guza i ubytku skóry powiodły się i u chorej przez 2 lata nie spostrzegano nawrotu; natomiast w okolicy lewego fałdu policzkowego wytworzył się wrzodziejący nowotwór, który jak badanie histologiczne wykazało był nabłoniakiem (epithelioma spino-cellulare).

Niedorozwój nerki na tle kiły późnej — wrodzonej. Chattelier i Laurentier. (*Aplasie renale gommeuse héredo-syphilitique tardive*). *Ann. de dermat. et de syphil. Nr 11. T. 8.*

U 17 letniej chorej z objawami kiły wrodzonej (triada Hutchinsona, odczyn Wassermana dodatni) wystąpiły obrzęki kończyn dolnych, upadek sił, wymioty, bóle głowy; w moczu dużo białka (= 8 gr). Leczenie swoiste chora znosiła źle i musiano przerwać stosowanie wszelkich środków przeciwkiłowych. Po kilku miesiącach pobytu w klinice chora zmarła z objawami mocznicy. Na sekcji okazało się, że prawa nerka jest bardzo mała, waży zaledwie 20 gr. na przekroju spostrzeżono mnóstwo drobnych guzków, które były mikroskopowej wielkości kilakami.

Lewa nerka wykazywała objawy zapalne z nadmiernym rozwojem i sklerozą tkanki łącznej. Autor rozpoznaje aplazję jednej nerki i śródmiąższowe zapalenie drugiej.

Wystąpienie dodatniego odczynu Wassermana po leczeniu swoistem u chorej z odczynem pierwotnie ujemnym. Pautrier, Levy i Ullmo. *Bull. de la soc. franc. de derm. et de syph. Rocznik 34. Nr. 9.*

Autorzy przytaczają dwa przypadki czynnej kiły trzeciorzędnej z ujemnym odczynem serologicznym. Pod wpływem leczenia objawy kiły ustąpiły; odczyny serologiczne jednak po ukończeniu leczenia były dodatnie.

Ponowne leczenie spowodowało ustąpienie dodatniego odczynu w surowicy.

Sześcioletnie doświadczenie z acetylarsanem. Laurent. *Ann. des maladies vénér. T. 22. Nr. 11.*

Autor stosował acetylarsan w 490 przypadkach kiły — nie spostrzegał żadnych komplikacji, wszczególności przypadków śmiertelnych, żółtaczek, erytrodermji i t. d. Środek podawano raz w tygodniu począwszy od 0.25 — 0.5 do 1,50 na dawkę. Dawkę maksymalną powtarzano 3 — 4 razy.

U dzieci stosowano w ilości 0.02 gr. na kilo wagi.

Środek ten jest wskazany u chorych surowiczo ujemnych; jednakże udaje się czasem nawet w uporczywych surowiczo dodatnich przypadkach wywołać ustąpienie dodatniego odczynu Wassermana.

W czynnej kile jest ten środek słabszy od arsenobenzolu.

Leczenie łuszczycy naświetlaniem promieniami pozafiołkowymi. Juster. *Bull. de la soc. franc. de derm. et de syph. R. 34. Nr. 9.*

Juster spostrzegał dobre wyniki jakie daje silne naświetlanie łuszczycowych ognisk lampą kwarcową. Dla wzmocnienia działania przykładał on często na wykwity żrące plastry.

Łuszczyca i jej związek z gruźlicą. Nicolas i Lebeuf. *Ann. de derm. T. 8. Nr. 11.*

Autorowie zbadali 54 przypadki łuszczycy dla stwierdzenia wzajemnego stosunku łuszczycy i gruźlicy.

U 18 z tej liczby zdołano stwierdzić za pomocą wywiadów obecność rozmaitych schorzeń na tle gruźlicy; ciężkie postacie gruźlicy płucnej notowano u 2 chorych. W 7 przypadkach stwierdzono schorzenia opłucnej i nieżyt szczytów na tle gruźlicy, u 2 chorych spostrzeżono gruźlicze schorzenia gruczołów chłonnych. U wszystkich chorych dokonano odczynów serologicznych — wiązania dopełniacza (technika *Calmeta i Massol*) i aglutynacji homogenizowanej hodowli prątków gruźliczych (metoda *Arloing i Courmont*). Surowica 53 chorych aglutynowała prątki, natomiast odczyn wiązania dopełniacza wypadł dodatnio u 34 chorych.

Naogół 50% chorych na łuszczycę — klinicznie wolnych od objawów gruźlicy czynnej — wykazują dodatnie odczyny serologiczne we krwi z antigenem gruźliczym lub zawiesiną prątków *Kocha*.

Leczenie nowotworów czerniaczkowych. Bèrard. *Lyon chir. T. 24 Nr. 6.*

Autor stosuje zabieg chirurgiczny w przypadkach znamion barwikowych szybko rosnących, ale bez przerzutów w gruczoły chłonne.

W przypadkach zajęcia gruczołów chłonnych

należy dołączyć naświetlanie promieniami X; osiągnąć w ten sposób można zwolnienia rozwoju nowotworu, a czasem nawet chwilowe uleczenie.

M. Grzybowski.

CHOROBY OCZU

Początki nauczania okulistyki na wydziałach i szkołach lekarskich we Francji H. Truc. *Arch. d'Opht. Nr. 7, 1928.*

Autor podaje ciekawe szczegóły początków wykładów okulistyki, z których to szczegółów widzimy, że już w 1765 roku była w Paryżu okulistyka wykładana przez *Desbois Gendrona* (w Wiedniu dopiero od 1772). Pierwszy prof. okulistyki to *Victor Stoeber*, w Strasburgu (1829).

Zator gałązki tętnicy środkowej siatkówki po wstrzyknięciu metarsenobenzolu. Van Lint. *Arch. d'Opht. Nr. 7, 1928.*

Przypadek dotyczył osobnika 30-letniego, który w dzieciństwie przebył różyczkę, ospę wietrzną, koklusz i obustronne zapalenie płuc. 2 lata temu miał zimnicę, 1 rok temu zaraził się kiłą; otrzymał 12 wstrzyknięć neosalwarsanu.

Ostatnio po 5 wstrzyknięciu metarsenobenzolu 0,75 poczuł silne bóle głowy i szczypanie w rękach i nogach oraz upośledzenie wzroku oka prawego — mianowicie brak widzenia od góry. Stwierdzono zator dolnej gałązki skroniowej siatkówki. Upośledzenie wzroku tego oka doszło do $^1/_4$; drugie oko pozostało zdrowe.

Próby leczenia zimnem chorób ocznych. P. Veil. *Arch. O'Opht. Nr. 7, 1928.*

Autor poleca żegadło mrożące (kryokauter) *Lortata-Jacoba*, które pozwalało mu na stopniowanie oziębienia zapomocą skroplonego kwasu węglowego. Zamrażanie powoduje zakrzepy w naczyniach i, co zatem idzie, zmiany w komórkach podczas zamarzania i odmarzania. Tak w kępkach żółtych powiek działanie w ciągu 5 sekund powtarzane 3 razy z przerwami ośmiodniowemi powodowało zamknięcie kępki bez blizny i bez śladu. Rozleglejsze kępki wymagały dłuższego zadziałania. Podobne leczenie zamarzaniem pomagało w przypadkach naczyniaków. Z chorób spojówek zimnem leczono niżyty grudkowe i jaglicę — działając każdorazowo 20— 40 sek, z przerwami tygodniowemi 5 — 10 razy. Przed użyciem zakończenie żegadła macza się w wyskoku 90°. Uprzednio spojówkę znieczula się zakraplaniem 4% kokainy. Przed ponownem odwróceniem powieki należy wyczekać na ocieplenie spojówki, by nie uszkodzić oka. Najczęściej po 7 seansach następowała ostateczna poprawa, nawet w przypadkach ciężkich z wyroślami i łuszczycą. Przy tem leczeniu czasem zapalenia rogówki się zwiększały. Autor przypomina o próbach podobnego leczenia, robionych przez *Jandelize'a*, *Moutona*, *Chapota*, *Verniera i Collina*.

Doświadczenia i próby kliniczne nowego leczenia jaglicy. V. Ruata. *Arch. d'Opht. Nr. 7, 1928.*

Autor podkreśla, przedewszystkiem, że jaglica— to cierpienie rodzinne, które najczęściej od matki udziela się dziecku w niemowlęctwie. Metoda, jaką zaleca leczyć jaglicę, to jontoforeza. Jako elektrolity, posiadające dostateczne działanie bakterjobójcze zaleca siarczan lub cytrynian miedzi 1%, kwas pikrynowy 1% i fibrolizynę 2%. Roztwory te stosuje autor razem, albo i oddzielnie. Najczęściej używa on kolejno siarczanu miedzi i kwasu pikrynowego. Leczenie było bezbolesne i było stosowane co drugi dzień do 10 — 30 min. Napięcie prądu od 2 — 5 — 10 m. Amp. We wrzodach rogowki należy unikać tego leczenia. Na 48 przypadków jaglicy z łuszczką poprawa zupełna nastąpiła w 24 przyp., poprawa częściowa w 14 przyp. Leczenie nie dało wyników w 10 przyp. W doświadczeniach na królikach podaje autor nacieki z ciałek eozynochłonnych, trwające w ciągu 8 — 10 dni. Nacieki te wiąże autor z działaniem prądu elektrycznego i uważa za odczyn leczący spojówki. Rysunki cięć mikroskopowych spojówki i rogówki, podane przez autora, wskazują na głębokość przenikania elektrolitów.

Torbiel okolicy przysadki mózgowej. J. Bourguet & Desvignes. *(Tumeur kystique de la loge hypophysaire). Annales d'Ocul. 1928 str. 421 — 427.*

Pierwszy z autorów operował, drugi – 44-letni lekarz-okulista był operowany z powodu torbieli, zapewne t. zw. wypuklenia gardlanego kieszonki *Rathke'go*. Mianowicie z początku stwierdził on szybko postępujące upośledzenie wzroku do $^1/_{10}$ uprzednio dobrze widzącego oka prawego — z brakiem odskroniowej połowy pola widzenia, które zaczęło się z początku brakiem poczucia barw w tej połowie. Zmian w dnie oka nie było; drugie oko było prawidłowe. Badanie promieniami X. wykazało znaczne rozszerzenie siodła tureckiego z zatarciem rysunku przednich i tylnych wyrostków klinowych. Leczenie naświetlaniami promieniami X. nie pomagało (do 3000 R ogółem) i w 7 miesięcy było już typowe odskroniowe niewidzenie obustronne z widzeniem oka prawego 0,3, oka lewego 0,6 i chory poddał się zabiegowi operacyjnemu. W znieczuleniu miejscowem po odtrepanowaniu ścian zatoki klinowej i otwarciu u podstawy zagłębienia siodła tureckiego, dokonano pionowe cięcie pośrodku, wypinającego się kulisto, tworu. Wypłynęła przejrzysta ciecz, która, jak się okazało, pochodziła z zamkniętej i odosobnionej torbieli. Podczas przebicia podstawy czaszki operowany poczuł silne zawroty głowy, nudności poty i ucisk w klatce piersiowej. Po operacji wzrok poprawił się do normy i tylko przetrwał brak prawej odskroniowej połowy widzenia. Po 10 dniach chory opuścił szpital. Jednak po dwuch miesiącach nawrót wskutek ponownego wypełnienia torbieli zmusił autorów do nowego zabiegu, które polegać miał na wypełnieniu torbieli płynem Zenkera. Jednak kichnięcie nagle operowanego spowodowało zatkanie otworu ściany torbieli przez przysadkę mózgową. W każdym bądź razie nowe opróżnienie torbieli znowu dało poprawę. Autorowie podkreślają wartość leczenia operacyjnego w podobnych przypadkach.

Oczopląs zależny od woli. A. Collomb. *Annales d'Oculist. 1928. str. 427 — 432.*

Autor opisuje przypadek dowolnego oczopląsu u zdrowego i dobrze widzącego osobnika 25 letniego. Ruchy gałek były poziome, ich częstotliwość około 100 na min. Przytacza autor przypadki opisywane przez innych i zaznacza, że tylko *Barany* opisał podobny oczopląs okrężny. Wszystkie inne przypadki dotyczyły oczopląsu poziomego. Pochodzenie tego typu oczopląsu — korowe.

BIBLJOGRAFJA.

Kiła narządu usznego i nerwu słuchowego. Romadier. *Collection des actualites de med. pratique (Chez Gaston Doin, Paris 1928).*

Monografja, obejmująca 170 stronic, zajmuje się rozbiorem klinicznym kiły narz. usznego, dążąc do możliwie przejrzystej klasyfikacji klinicznej i anatomo-patologicznej, przyczem autor przyznaje, że dzisiejszy poziom naszej wiedzy o tym przedmiocie nie dojrzał jeszcze do zadawalającego podziału na zasadzie anatomo patologicznej, lecz przy uwzględnieniu różnych stadjów tej choroby umożliwia jedynie ugrupowanie wedle umiejscowienia i punktów widzenia klinicznych. Autor dzieli kiłę uszną na 1) skórno-śluzówkową, 2) kostną i kostno-okostnową i 3) nerwową. Pierwsza obejmuje małżowinę, przewód zewnętrzny ucha i ujście gardlane trąbki. Druga obejmuje a) ucho zewnętrzne, b) ucho środkowe, c) ucho środkowe — błędni, d) wyrostek sutkowy i e) przewód słuchowy wewnętrzny (meatus audit. internus); trzecia obejmuje a) zmiany następowe po zmianach grupy 2), (otolabirynthitis, osteoperiostitis meat. audit. interni) i b) zmiany nerwowe pierwotne, skojarzone najczęściej ze schorzeniem specyficznem opon.

Zespół zmian dotyczących narządu nerwowego ucha niezależnie od jakichkolwiek zmian ucha środkowego ustanawia grupę „neurolabirynthitis syphilitica". Grupa ta ma dominujące znaczenie w symptomatologji kiły narządu słuchowego i pojawia się głównie w jej 2-iem stadjum, dalej w przebiegu tabes i wczesnej kiły dziedzicznej. Ujęcie przedmiotu przez autora jest przejrzyste i ma zgodnie z informacyjnem zadaniem tego zbioru (patrz tytuł) poniekąd charakter encyklopedyczny. Twierdzenie autora wyrażone we wstępie, jakoby od dzieła *Jouvenel'a* (1907) nie pojawiła się żadna monografja poglądowa o kile narządu słuchowego nie jest słuszne. Wystarczy wskazać chociażby na znakomitą pracę *S. Alexandra* z r. 1915 p. t. „Kiła narządu słuchowego (u Alfreda Höldera).

Dr. *A. Schwarzbart* (Kraków).

LIST DO REDAKCJI.

Komitet organizacyjny
I kursu dokształcającego
dla lekarzy w Ciechocinku.

Warszawa 25.IX-1928.
Wiejska 11, m. 17.
Sekretarjat.

Do Redakcji
„Wiedza Lekarska"
w Warszawie.

Wobec nieoczekiwanego obrotu, jaki przyjęła sprawa już zlikwidowanego incydentu w restauracji hotelu Millera w Ciechocinku, wydanym przez Dyrektora państwowego zakładu Zdrojowego inż. Kozłowskiego w dniu otwarcia I kursu dokształcającego dla lekarzy i wobec dalszego jątrzenia opinji lekarskiej przez „Zrzeszenienie lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej" Komitet organizacyjny czuje się zmuszonym do ogłoszenia załączonego protokółu.

Uprzejmie zatem prosimy Szanowną Redakcję o łaskawe opublikowanie takowego w całości nadmieniając, że z polecenia Komitetu, prezydjum spisało dodatkowe obszerne wyjaśnienia, któremi możemy służyć na żądanie.

Przewodniczący: (—) Prof. Dr. *E. Loth*,
Vice Przewodniczący: (—) Doc. Dr. *L. Lorentowicz*,
Sekretarz: (—) Dr. *S. Radwan*.

PROTOKÓŁ.

Wobec zajścia, które miało miejsce na bankiecie kursów dokształcających dn. 2.IX w hotelu Millera w Ciechocinku Komitet organizacyjny, po przeprowadzeniu dochodzenia ustala co następuje:

Ponieważ gości nie można było pomieścić na jednej sali, zaszła konieczność rozlokowania ich na dwóch salach restauracji Millera. Jedna sala, tak zw. „Malinowa" nosiła charakter sali reprezentacyjnej. Druga sala, natomiast, w której ani nakrycie ani menu niczem się nie różniło, a orkiestra była nawet lepsza aniżeli w sali Malinowej, służyła za dopełniającą. Jak wykazuje skorowidz uczęstników do sali drugiej byli skierowywani zarówno żydzi, jak i chrześcijanie; jednakże wobec zwolnionych miejsc w sali Malinowej wielu uczestników przeniosło się tam, wskutek czego w drugiej sali wytworzyła się przypadkowo większość lekarzy żydów. Koledzy żydzi zaprotestowali przeciwko takiemu ugrupowaniu i nietylko nie zasiedli do stołu, lecz zaczęli podburzać całą masę innych kolegów żydów z sali Malinowej do opuszczenia bankietu.

Przewodniczący Komitetu organizacyjnego prof. Loth, widząc zamieszanie ustalił, że to co się stało, stało się bez wiedzy Komitetu i przyznał, że uważa

to za pewne niedopatrzenie. Następnie w zamiarze uspokojenia biesiadników przepraszał za ten incydent; po nim złożył wyjaśnienie Dyr. Kozłowski i Pan Starosta Wasiak, starając się sprawę załagodzić.

Żydzi lekarze o których mowa, opuścili jednak bankiet, udali się do restauracji Bristol i tam odbyli wiec. Prof. Loth wraz z Dyr. Kozłowskim jeszcze raz probowali tam zajście załagodzić i skłonili część uczestników do powrotu na bankiet, przyczem na sali drugiej zasiedli do stołu wraz z rzeczoną grupą opozycjonistów prof. Loth, Dyr. Kozłowski, Burmistrz Koperkiewicz i inni panowie, którzy przeszli z sali Malinowej.

Z oświadczeń kolegów żydów wynikało, że uważają zajście za zlikwidowane. Nazajutrz dnia 3.IX od rana około czytelni, jak i sali wykładowej stało dwóch lekarzy ciechocińskich, odpędzających systematycznie kolegów żydów spieszących na kursa. Gdy Dr. Przemysław Rudzki zwrócił na to uwagę przewodniczącego prof. Lotha, tenże zagroził interwencją policji; za chwilę na miejscu kolegów żydów, zjawił się znany faktor, który kontynuował odpędzanie lekarzy żydów. Pomimo wszystko jednak część lekarzy żydów na sali pozostała.

O g. 12-ej zjawiła się delegacja z dr. Praszkierem na czele, żądająca przerwy w kursach celem otwarcia obrad nad rezolucją proponowaną przez lekarzy żydów. Prof. Loth odmówił, motywując to tem, że z powodu opóźnienia, już ogłoszono, że przerwy między referatami nie będzie, oraz tem, że uważa zajście wczorajsze dzięki przeproszeniom i wyjaśnieniom udzielonym przez siebie, dyr. Kozłowskiego i P. Starostę za zlikwidowane. Na to Pan Praszkier zagroził użyciem innych bardziej radykalnych środków, lecz mimo to, przewodniczący przerwy nie zarządził.

Po upływie godziny zjawił się dyr. Kozłowski, który prosił o dopuszczenie do głosu d-ra Praszkiera, celem odczytania deklaracji, od której koledzy żydzi uzależniają swoje dalsze uczęstnictwo na kursach. Wobec tego prof. Loth, po zamknięciu części naukowej, udzielił głosu p. Praszkierowi, który odczytał, napastliwą rezolucję. Zebrani na sali około 250, wszyscy z wyjątkiem jednego kolegi, zareagowali opuszczeniem sali w milczeniu, czem najlepiej odruchowo stwierdzili, co o tej rezolucji myślą. Na galerji rozległo się parę okrzyków protestu ze strony żydów, jednakże przewodniczący oświadczył, że sala wykładowa to nie wiec i do dyskusji nie dopuścił. Na skutek powyższego, a częściowo nawet przedtem kol. Hurwicz, Kraushar, Knobel i Praszkier odesłałali do Komitetu swoje karty uczęstnictwa.

Dnia 3 IX Komitet się zebrał doraźnie i postanowił na postąpienie żydów kolegów nie reagować zupełnie. Ponieważ jednakże w ciągu dnia niektórzy koledzy chrześcijanie nie znający sprawy ujmowali się za kolegami, którzy kursy opuscili, w dniu 4/X Komitet zebrał się powtórnie i postanowił złożyć publiczną deklarację, w której zajście zostało wyświetlone w chronologicznym porządku, oraz zapowiedział spisanie protokułu podpisanego przez wszystkich członków Komitetu. Deklaracja rzeczywiście została złożona przed zamknięciem kursu przez prof. Lotha.

Przewodniczący: Prof. *Loth.*

Sekretarz: Dr *S. Radwan,*

Dr *K. Ciągliński*, Doc. *L. Lorentowicz*, Dr *Przemysław Rudzki*, *Stefan Ziemniński*, *Andrzej Koperkiewicz*, Dr *Ignacy Dembicki*, Dr *Tadeusz Fafius.*

Jednogłośna uchwała Komitetu organizacyjnego pierwszego kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciechocinku z dnia 6.IX.28.

„Komitet organizacyjny I kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciechocinku" na likwidacyjnem posiedzeniu po przeprowadzeniu szczegółowego dochodzenia w sprawie zajścia na bankiecie stwierdza, że na obydwóch salach byli umieszczeni lekarze żydzi i żadnej tendencji w rozlokowaniu lekarzy żydów nie znalazł.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny srodek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

*Zawiera w stanie **biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

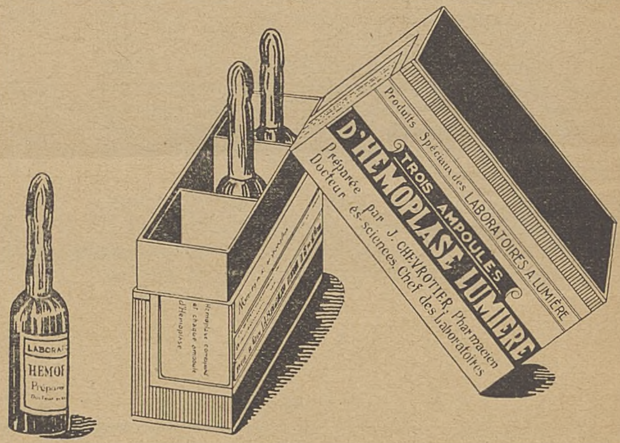
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Środmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp,) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc. (1/2—1/1 amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)



DAWKOWANIE:

od 2—6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat 3—4 łyż. dziennie.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.